



# **Universidad Nacional Mayor de San Marcos**

**Universidad del Perú. Decana de América**

**Facultad de Medicina**

**Escuela Profesional de Enfermería**

## **“Actitudes de los estudiantes de enfermería de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos hacia el envejecimiento, según años de estudio. 2008”**

### **TESIS**

**Para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería**

### **AUTOR**

**Helen Stephani MARIN SAMANEZ**

### **ASESOR**

**Julia LEMA MORALES**

**Lima, Perú**

**2009**

**ACTITUDES DE LOS ESTUDIANTES DE ENFERMERIA  
DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN  
MARCOS HACIA EL ENVEJECIMIENTO, SEGÚN  
AÑOS DE ESTUDIO. 2008**

*A Dios por concederme la vida y la salud para poder hacer realidad uno de mis mayores sueños.*

*A mi familia por su apoyo sincero e incondicional y por creer en mí, y en especial a mis padres: Juan e Inés y a mi hermana: Katherine porque son mis modelos a seguir, mi motivación, mi fuerza y por brindarme toda su confianza y amor.*

*A mi Alma Mater, la U.N.M.S.M. por ser  
la principal forjadora de todas mis  
inspiraciones y sueños.*

*A la Lic. Julia Lema Morales por sus  
valiosos consejos y aportes, y por guiarme  
y compartir esta ardua labor.*

## ÍNDICE

	<b>Pág.</b>
<b>INDICE DE GRÁFICOS</b>	i
<b>INDICE DE CUADROS</b>	ii
<b>RESUMEN</b>	iii
<b>ABSTRACT</b>	iv
 <b>PRESENTACIÓN</b>	 1
 <b>CAPITULO I: INTRODUCCIÓN</b>	 3
A. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
B. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	9
C. JUSTIFICACIÓN	9
D. OBJETIVOS	12
E. PROPÓSITO	12
F. MARCO TEÓRICO	13
1. ANTECEDENTES	13
2. BASE TEÓRICA	21
2.1 ENFERMERÍA Y LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES	21
2.2 EL ENVEJECIMIENTO COMO PROCESO NATURAL DEL SER HUMANO	29
2.2.1 Envejecimiento Biológico	30
a. Cambios biológicos	30
b. Cambios funcionales	34
2.2.2 Envejecimiento Psicológico	37
a. Cambios del envejecimiento en aspectos cognoscitivos	38
b. Dependencia en las Personas Adultas Mayores	40

c. La Soledad en las Personas Adultas Mayores	41
2.2.3 Envejecimiento Social	44
a. Cambios en las redes y contactos sociales	46
b. Hostilidad Social y Familiar	47
b.1 Hostilidad Social	48
b.2 Hostilidad Familiar	51
c. Cambios en la identidad personal	55
d. Cambios en la identidad social	60
e. Cambios en los roles sociales	62
f. Pérdida de Prestigio	65
2.3 ACTITUDES HACIA EL ENVEJECIMIENTO	67
2.3.1 La Actitud como Predictor de la Conducta	72
2.3.2 Factores que influyen en las actitudes hacia el Envejecimiento	75
2.4 LAS UNIVERSIDADES COMO FORMADORAS DE ACTITUDES EN LOS FUTUROS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA	76
G. HIPÓTESIS	80
H. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS	80
 <b>CAPITULO II: MATERIAL Y MÉTODOS</b>	 82
A. TIPO, NIVEL Y MÉTODO DE ESTUDIO	82
B. SEDE DE ESTUDIO	82
C. POBLACIÓN Y MUESTRA	84
D. TÉCNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	85
E. RECOLECCIÓN, PROCESAMIENTO Y PRESENTACIÓN DE DATOS	87
F. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN	88
G. CONSIDERACIONES ÉTICAS	89

<b>CAPÍTULO III: RESULTADOS Y DISCUSIÓN</b>	90
A. DATOS GENERALES	90
B. DATOS ESPECÍFICOS	92
B.1 ACTITUDES HACIA EL ENVEJECIMIENTO, EN LOS ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA DE LA UNMSM	92
B.2 ACTITUDES DE LOS ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA HACIA EL ENVEJECIMIENTO BIOLÓGICO	103
B.3 ACTITUDES DE LOS ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA HACIA EL ENVEJECIMIENTO PSICOLÓGICO	110
B.4 ACTITUDES DE LOS ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA HACIA EL ENVEJECIMIENTO SOCIAL	118
B.5 PRUEBA DE HIPÓTESIS	129
 <b>CAPÍTULO IV: CONCLUSIONES, LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES</b>	 135
A. CONCLUSIONES	135
B. LIMITACIONES	138
C. RECOMENDACIONES	138
 <b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	 140
<b>BIBLIOGRAFÍA</b>	151
<b>ANEXOS</b>	159

## INDICE DE GRÁFICOS

<b>Nº</b>		<b>Pág.</b>
1	Dirección e intensidad de las actitudes hacia el envejecimiento, en los estudiantes de Enfermería de la UNMSM. Setiembre – Octubre. 2008	92
2	Dirección de las actitudes hacia el envejecimiento en los estudiantes de Enfermería de la UNMSM, según sus dimensiones. Setiembre – Octubre. 2008	101
3	Dirección e intensidad de las actitudes hacia el envejecimiento biológico, en los estudiantes de Enfermería de la UNMSM. Setiembre – Octubre. 2008	103
4	Dirección e intensidad de las actitudes hacia el envejecimiento psicológico, en los estudiantes de Enfermería de la UNMSM. Setiembre – Octubre. 2008	110
5	Dirección e intensidad de las actitudes hacia el envejecimiento social, en los estudiantes de Enfermería de la UNMSM. Setiembre – Octubre. 2008	118



## INDICE DE CUADROS

<b>Nº</b>		<b>Pág.</b>
1	Dirección de las actitudes hacia el envejecimiento, en los estudiantes de Enfermería de la UNMSM, según años de estudio. Setiembre – Octubre. 2008	94
2	Dirección e intensidad de las actitudes hacia el envejecimiento, en los estudiantes de Enfermería de la UNMSM, según años de estudio. Setiembre – Octubre. 2008	98
3	Dirección e intensidad de las actitudes de los estudiantes de Enfermería de la UNMSM hacia el envejecimiento biológico, según años de estudio. Setiembre – Octubre. 2008	104
4	Promedios obtenidos en los indicadores de la dimensión biológica del Envejecimiento, según años de estudio. 2008	107
5	Dirección e intensidad de las actitudes de los estudiantes de Enfermería de la UNMSM hacia el envejecimiento psicológico, según años de estudio. Setiembre – Octubre. 2008	111
6	Promedios obtenidos en los indicadores de la dimensión psicológica del Envejecimiento, según años de estudio. 2008	114
7	Dirección e intensidad de las actitudes de los estudiantes de Enfermería de la UNMSM hacia el envejecimiento social, según años de estudio. Setiembre – Octubre. 2008	120
8	Promedios obtenidos en los indicadores de la dimensión social del Envejecimiento, según años de estudio. 2008	123

## RESUMEN

Estudio cuantitativo, descriptivo de corte transversal y nivel aplicativo cuyos objetivos fueron determinar las actitudes que hacia el envejecimiento tienen los estudiantes de enfermería de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, diferenciándolas según años de estudio, y determinar los aspectos del envejecimiento que tienen mayor y menor aceptación. Se aplicó un cuestionario tipo Lickert modificado a 220 estudiantes del 1er al 5to año de estudios. Para el análisis estadístico, se aplicó las pruebas de análisis de varianza y Tukey. Se concluye que existe diferencia significativa en la dirección e intensidad de las actitudes hacia el envejecimiento según años de estudio en sus dimensiones biológica, psicológica y social, siendo quinto mayor significativamente respecto a los otros. La mayoría de estudiantes tienen actitud de indiferencia hacia el envejecimiento y según intensidad, moderada. Según años de estudio, el quinto tiene porcentajes de aceptación más altos, precedido por cuarto, teniendo los tres primeros años los menores porcentajes de aceptación. La actitud de los estudiantes hacia la dimensión biológica es de indiferencia fuerte, seguido de indiferencia moderada y leve; hacia la dimensión psicológica es de indiferencia moderada, seguida de rechazo moderado e indiferencia fuerte, y hacia la dimensión social es de indiferencia moderada, seguida de indiferencia fuerte y rechazo moderado. Hay mayor aceptación hacia los cambios funcionales del envejecimiento que hacia sus cambios biológicos, mayor rechazo a aceptar la dependencia, soledad y cambios cognoscitivos; y mayor rechazo a aceptar cambios en las redes y contactos sociales, que hacia la hostilidad y pérdida de estatus.

**Palabras claves:** Envejecimiento, gerontología, actitudes, estudiantes de Enfermería.

## **ABSTRACT**

Quantitative descriptive and application level study whose objectives are determine the attitudes toward Aging in Nursing students from National University of San Marcos, differentiate them by years of study and identify aspects of the aging that have more and less acceptance. It was applied a modified Lickert questionnaire in 202 students from first until fifth year. The analysis of variance and Tukey test were put into practice for the statistical analysis.

It is concluded there is significant difference in direction and intensity of the attitudes towards the aging according years of study in its biological, psychological and social dimensions, where the fifth is significantly higher than the others. The majority of the students has indifference attitude towards the Aging and according intensity, moderate. By year of study, the fifth has the highest acceptance percentages, preceded for the fourth, having the first three years the lowest acceptance percentages. The attitude of the students towards the biologic dimension is strong indifference, followed by moderate and light indifference, towards the psychological dimension is moderate indifference, followed by moderate rejection and strong indifference, and towards the social dimension is moderate indifference, followed by strong indifference and moderate rejection. There is more acceptance towards the functional changes than towards the biological ones, more rejection to accept the dependency, loneliness and cognitive changes; more rejection to accept changes in the social networks and contacts than towards the hostility and loss of status.

**Keywords:** Aging, gerontology, attitudes, Nursing students.

## **PRESENTACIÓN**

Los cambios demográficos y epidemiológicos han convertido al envejecimiento poblacional en una realidad emergente que obliga a las naciones a preocuparse de su abordaje en diferentes aspectos. Debido a que la demanda de servicios de salud aumenta en la etapa de vida Adulto Mayor, la atención de salud para este grupo etáreo debe ser brindada por profesionales competentes que brinden una atención integral que considere todas las dimensiones del envejecimiento. La enfermera, como parte del equipo multidisciplinario de salud debe asumir actitudes positivas hacia el envejecimiento, facilitando así la creación de una relación de empatía con el adulto mayor que contribuya a garantizar la calidad y calidez del cuidado.

Dado que las actitudes pueden ser modificadas por la educación formal, las Escuelas Académico Profesionales y las Facultades de Enfermería tienen la responsabilidad de asegurar la formación de profesionales de enfermería con conocimientos, habilidades y actitudes positivas que permitan prestar una atención integral a las personas adultas mayores.

En este marco, el presente trabajo de investigación tiene el objetivo de determinar las actitudes hacia el envejecimiento en los estudiantes de Enfermería de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, según años de estudio.

En su estructura física, el informe contiene 4 capítulos. En el capítulo I: “Introducción”, se desarrolla el planteamiento del problema con

su respectiva formulación, la justificación, los objetivos y el propósito de la investigación. Además contiene los antecedentes, la base teórica, las hipótesis y la definición operacional de términos.

En el capítulo II: “Material y Métodos”, se describe el tipo, nivel, método, sede de estudio, la población y muestra, la técnica e instrumento de recolección de datos. Posteriormente, se explica el procedimiento para la recolección, procesamiento y presentación de datos, el procedimiento de análisis e interpretación, y las consideraciones éticas consideradas en la realización del trabajo de investigación.

En el capítulo III: “Resultados y discusión”, se describe y analiza los resultados de la investigación, teniendo en cuenta los objetivos y las hipótesis de investigación.

El capítulo IV: “Conclusiones, Recomendaciones y Limitaciones”, contiene las conclusiones de la investigación, las recomendaciones sugeridas y las limitaciones de la investigación.

Finalmente se presenta las referencias bibliográficas, bibliografía y anexos.

## **CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN**

### **A. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

El envejecimiento es un proceso secuencial, acumulativo, irreversible y natural de deterioro del organismo maduro por el que va perdiendo la capacidad de hacer frente al estrés del entorno, aumentando su posibilidad de morir. <sup>(1)</sup> La degeneración de las células en los tejidos y órganos biológicos, causa modificaciones químicas, morfológicas y fisiológicas, cuya aparición es a consecuencia de la acción del tiempo sobre el organismo. <sup>(2)</sup> Este proceso produce cambios a nivel biológico, psicológico y social. <sup>(3)</sup> De este modo, el adulto mayor se convierte en un ser más vulnerable a padecer problemas de salud, produciendo una mayor demanda de los servicios de salud en todos sus niveles de atención.

En el contexto mundial, se ha detectado un fenómeno denominado transición demográfica por el cual la pirámide poblacional tiene un aumento del grupo adulto mayor y dentro de éste, la población mayor de 80 años. Según la Organización de las Naciones Unidas (ONU), la esperanza de vida al nacer ha aumentado 20 años desde 1950, siendo actualmente de 66 años. Además, se proyecta un aumento de 10 años

más para el 2050. Durante el periodo 1950-2000, la población total mundial creció 141% mientras que la población de 60 años a más aumentó en 218% y los mayores de 80 años, lo hicieron en cerca de 385%. Se determinó que, en el año 2000, el número de personas de más de 60 años a nivel mundial fuera aproximadamente 600 millones y se proyecta una cifra de casi 2 000 millones para el 2050. Para tal año también se espera que el porcentaje de personas adultas mayores se incremente del 8% al 19%, mientras que el de niños descenderá del 33% al 22%. <sup>(4)</sup> Por tales motivos, la mayoría de países ha comenzado a formular políticas que permitan prever y afrontar oportunamente las consecuencias humanas y socioeconómicas del proceso de envejecimiento.

Una situación similar es la que se da en Perú, donde han disminuido las tasas de natalidad y de mortalidad, mientras que la esperanza de vida se ha incrementado de 56 años en 1970 a 70 años en el 2000. E incluso se espera un incremento de 5 años para el 2020. <sup>(5)</sup>

Según los resultados de los Censos Nacionales 2007: IX de Población y VI de Vivienda, la población mayor de 60 años en el país es de 2'495,643 que representa al 9,1% de la población total. Y dentro de este grupo poblacional, la población mayor de 80 años es la que ha aumentado su número en casi el doble (de 216,304 en 1993 a 388,388 en el 2007). En 1993, la población adulta mayor estaba constituida por 1'543,687 peruanos que representaba el 7,0%. Esto constituye una tasa de crecimiento anual de 3,4%, mayor que cualquier otro grupo etáreo. <sup>(6)</sup> Además las proyecciones oficiales, estiman que para el año 2010, 2025 y 2050, esta proporción de personas adultas mayores subirá al 10,8%, 12,4% y 21,3% respectivamente. <sup>(7)</sup> A nivel de América Latina y el Caribe,

nuestro país presenta un envejecimiento moderado. Es claro que el envejecimiento poblacional plantea desafíos de carácter social, económico y de salud para el país. <sup>(8)</sup>

En nuestro país, el Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social (MIMDES) es quien tiene a su cargo la Dirección General de Salud de las Personas Adultas Mayores cuyas funciones son formular y proponer políticas, normas y proyectos sociales, dirigir, coordinar y supervisar la política nacional en materia de personas adultas mayores, en concordancia con la legislación nacional y los acuerdos internacionales vigentes <sup>(9)</sup>

En el 2006, este organismo estatal creó el Plan Nacional para la Personas Adultas Mayores 2006 – 2010 que es el documento que contiene la estrategia de política multisectorial, concertada entre el Estado y la sociedad y que está orientada a mejorar la calidad de vida de las personas adultas mayores y crear mejores condiciones de esta Etapa de Vida. <sup>(10)</sup>

Además, el Ministerio de Salud (MINSA) ha considerado a este grupo etáreo en el Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS) en su Etapa de Vida Adulto Mayor. Propone dentro de su normatividad, brindar un paquete de atención integral a esta población, considerando sus aspectos biopsicosociales y espirituales.

A partir del año 2007, se aprobaron y publicaron las resoluciones ministeriales, los lineamientos y la normatividad técnico-administrativa para la atención integral de salud de las personas adultas mayores de los



diferentes niveles de atención del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud. La norma técnica de salud para la atención integral de las personas adultas mayores señala que el personal de salud debe estar capacitado y debe tener habilidades y actitudes que le permitan establecer empatía con este grupo etáreo. <sup>(11)(12)</sup>

La atención integral a las personas adultas mayores está a cargo de un equipo profesional y multidisciplinario, donde la enfermera le ofrece el cuidado integral durante el proceso salud -enfermedad para la satisfacción de sus necesidades, con el propósito de ayudarlo a alcanzar cierto grado de independencia o a vivir conforme a su estado de salud. Siendo la enfermera una pieza elemental en la atención de salud a la persona adulta mayor, es importante que las instituciones formadoras de profesionales en enfermería consideren la importancia de formar profesionales íntegros y competentes que tomen en cuenta todas las dimensiones del envejecimiento.

El Plan de Estudios de la Escuela Académico Profesional de Enfermería de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos comprende cinco años de formación profesional, en los que se desarrollan las asignaturas profesionales de Introducción a la Enfermería en Salud Comunitaria, Introducción a la Enfermería Clínica, Enfermería en Salud de la Mujer, Enfermería en Salud Mental, Enfermería en Adulto y Adulto Mayor y el Internado, las cuales ofrecen experiencias de aprendizaje para el cuidado de adultos mayores en el ámbito hospitalario y comunitario. Éstas se incrementan en número en los dos últimos años de estudio, las cuales afianzan y fortalecen competencias en los estudiantes y permiten un mejor abordaje en materia de envejecimiento.

Con respecto al envejecimiento, los estudiantes evidencian diferentes opiniones y experiencias con personas adultas mayores. Es de suponer que durante el primer año, se forman muchas expectativas sobre la atención de esta Etapa de Vida pues los alumnos tienen sus primeras experiencias de aprendizaje con la asignatura de Introducción a la Enfermería en Salud Comunitaria. Sin embargo, se asume que también muestren con mayor claridad prejuicios o estereotipos impuestos por la sociedad hacia el envejecimiento debido a que su formación profesional está iniciando y como tal los conocimientos son escasos y las actitudes no han sufrido cambios notorios, y tienen pocas experiencias con este grupo etáreo.

Por otro lado, se espera que los estudiantes de cuarto y quinto año, quienes desarrollan la asignatura de Enfermería en Salud del Adulto y Anciano y el Internado respectivamente, sean quienes presenten actitudes más positivas debido a que la primera asignatura comprende aspectos específicos con la situación de salud en esta Etapa de Vida y permite participar en acciones de salud a través de la planificación, ejecución y evaluación de actividades preventivas promocionales, curativas y de rehabilitación, tendientes a mejorar la calidad de vida de las Personas Adultas Mayores (PAMs); y el Internado ofrece oportunidades de refuerzo que permiten consolidar las competencias y atribuye al estudiante una mayor responsabilidad en el cuidado de las personas adultas mayores en sus escenarios hospitalario y comunitario.

A lo largo de su experiencia teórica – práctica, el estudiante de enfermería va formando actitudes positivas o negativas que orientarán su comportamiento futuro dentro del campo clínico. Al finalizar su formación

profesional, se espera que el profesional egresado se desenvuelva y demuestre actitudes requeridas para su desempeño óptimo en la Atención integral de Personas Adultas Mayores, que crecen en número y constituyen un incremento en la demanda de servicios de salud.

Durante el desarrollo de las clases teóricas y práctica clínica y comunitaria, se escuchan de los estudiantes comentarios tales como: “las personas conforme envejecen se acostumbran a repetir las mismas historias”, “prefiero atender pacientes jóvenes y no a mayores pues el envejecimiento hace que las personas sean más renegonas y tercas...”, “no me incomodan los cambios que produce el envejecimiento en las personas, por el contrario, me agrada cuidar personas de edad avanzada”, “el envejecimiento hace que las personas se quejen de todo y no se adapten a los cambios con facilidad”, “en la sociedad moderna, el envejecimiento constituye una desventaja social”, entre otros.

Al indagar sobre las opiniones de los estudiantes del primer año en relación al envejecimiento, éstos mencionan: “las personas cuando envejecen se vuelven amargadas...”, “el envejecimiento los hace más tiernos y por eso procuro tener paciencia...”, “me pongo en el lugar de las personas de edad avanzada pero, aún así, no me acostumbro a su lentitud...”, “los cambios que genera el envejecimiento hace más difícil el trato con las personas mayores...”, “es injusto que el envejecimiento sea sinónimo de jubilación”, entre otros. Sobre el mismo tópico, los Internos de enfermería manifiestan “comprendo los cambios físicos, psicológicos y sociales producidos por el envejecimiento...”, “entiendo que el envejecimiento es una experiencia diferente para cada persona”, “el envejecimiento produce sentimientos de minusvalía y soledad”, entre otros.

A todo esto, surgen muchas interrogantes: ¿Qué perspectiva tienen los alumnos sobre el envejecimiento?, ¿Qué factores influyen en las actitudes de los estudiantes de enfermería hacia el envejecimiento?, ¿Qué mitos y prejuicios tienen los estudiantes de enfermería acerca del envejecimiento?, ¿Cuál es el papel de las escuelas de Enfermería en la formación de nuevos profesionales?, ¿Cuál es la actitud que asumen los estudiantes de enfermería al cuidar un adulto mayor?, ¿Será diferente la actitud hacia el envejecimiento de un estudiante de Enfermería de primer y quinto año de estudio?, entre otros.

## **B. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN**

De lo expuesto anteriormente, se plantea el siguiente problema de investigación:

¿Cuáles son las actitudes que hacia el envejecimiento tienen los estudiantes de enfermería de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, según años de estudios, en el año 2008?

## **C. JUSTIFICACIÓN**

La transición epidemiológica y la explosión demográfica han determinado cambios notorios dentro de las pirámides poblacionales de la mayoría de naciones, donde se observa el aumento de personas adultas mayores. Dada la importancia actual y futura del envejecimiento de la población, la atención integral de salud de los adultos mayores es uno de los retos más apremiantes de las próximas décadas.

En nuestro país, el Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social es quien asume la responsabilidad normativa en materia de envejecimiento.

Éste a través de la Dirección General de Personas Adultas Mayores, promueve, coordina, dirige, ejecuta, supervisa y evalúa las políticas, planes, programas y proyectos en el campo de las personas adultas mayores (PAMs), en especial en aquellas poblaciones que se encuentran en situación de pobreza y pobreza extrema y sufren discriminación y exclusión social, promoviendo el autocuidado, los estilos de vida saludables y un envejecimiento activo y exitoso. El Plan Nacional para las personas adultas mayores 2006-2010 define la necesidad de monitorizar, supervisar y orientar los servicios de salud a las personas adultas mayores, incorporando atención diferenciada, optimizando y ampliando las actividades preventivo-promocionales.

Por otro lado, el Ministerio de Salud tras la aplicación del Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS) ha aprobado normas y disposiciones para la atención integral de Salud a las personas adultas mayores; donde hace referencia a los recursos humanos necesarios para su atención. La Norma Técnica de Salud N°043 para la Atención Integral de Salud de las Personas adultas Mayores estipula que el personal de salud debe estar capacitado en la atención integral del adulto mayor; así como tener habilidades y actitudes que le permita establecer empatía con este grupo etéreo propiciando un clima de confianza, seguridad y respeto. Dado que el crecimiento de la población adulta mayor va de la mano con un incremento en la demanda de servicios de salud, el equipo interdisciplinario básico integrado por el médico y enfermera deben estar sensibilizados, capacitados y entrenados para trabajar con las personas adultas mayores.

Se sabe que la educación formal tiene un papel decisivo en el cambio de actitudes porque ofrece experiencias de aprendizaje y

conocimientos teóricos, modificando la predisposición del individuo hacia un objeto en particular. La formación profesional en enfermería orienta y permite al estudiante desarrollar sus capacidades a través de conocimientos, actitudes y destrezas.

Robert Dilts sostiene que las actitudes, además de filtrar nuestra percepción, nos dan pautas de conducta. Y ya que la actitud es un predictor de la conducta debido a sus componentes cognitivo, conductual y afectivo, es necesario que en el proceso de formación profesional se direccionen las actitudes hacia el envejecimiento en sentido positivo con el refuerzo correspondiente.

Siendo así, es indiscutible la responsabilidad de las instituciones formadoras de preparar profesionales de Enfermería en conocimientos, actitudes y destrezas, con capacidad para entender y extender sus roles y servicios a la comunidad y en especial a la Etapa de Vida Adulto Mayor en el contexto de las políticas actuales de salud. De esa forma, éstas garantizarían egresados con capacidad, habilidad y actitud positiva hacia el proceso de envejecimiento que permitiría la promoción de una buena calidad de vida en todas las etapas y brindar una atención integral de enfermería a las personas adultas mayores con calidad y calidez, promocionando el autocuidado a favor de un envejecimiento activo, productivo y saludable.

## **D. OBJETIVOS GENERALES Y ESPECIFICOS**

### **Objetivo general:**

Determinar la dirección e intensidad que tienen las actitudes de los estudiantes de enfermería de la UNMSM hacia el envejecimiento, según años de estudio.

### **Objetivos Específicos:**

- Determinar la dirección e intensidad que tienen las actitudes de los estudiantes de enfermería de la UNMSM hacia el envejecimiento biológico, según años de estudio.
- Determinar la dirección e intensidad que tienen las actitudes de los estudiantes de enfermería de la UNMSM hacia el envejecimiento psicológico, según años de estudio.
- Determinar la dirección e intensidad que tienen las actitudes de los estudiantes de enfermería de la UNMSM hacia el envejecimiento social, según años de estudio.
- Diferenciar las actitudes de los estudiantes de enfermería de la UNMSM hacia el envejecimiento, según años de estudio.
- Determinar los aspectos del envejecimiento que generan mayor y menor aceptación en los estudiantes de enfermería de la UNMSM.

## **E. PROPÓSITO**

El trabajo de investigación servirá de insumo para que la Escuela Académico Profesional de Enfermería fortalezca la planificación de estrategias que permitan la creación de un ambiente favorable para el desarrollo de actitudes positivas hacia el envejecimiento, lo que se puede

lograr con innovación en metodología de enseñanza-aprendizaje, disponibilidad de cursos interdisciplinarios sobre esta materia y ampliación de la experiencia clínica y asistencial con las personas adultas mayores. Los cambios graduales contribuirían a ofrecer experiencias que incrementen la actitud positiva o de aceptación hacia el envejecimiento, mejorando progresivamente la disposición del futuro profesional de Enfermería a prestar un cuidado integral con calidad y calidez al adulto mayor.

## **F. MARCO TEÓRICO**

### **1. ANTECEDENTES**

A través de la búsqueda bibliográfica, se ha considerado los siguientes antecedentes por su relación con la variable de estudio y/o la metodología empleada.

Entre las investigaciones nacionales revisadas se tiene:

- La investigación “Actitudes de los estudiantes de enfermería de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos hacia la sexualidad en ancianos” realizada por Elmer Enrique Santos León en el año 1992. Tuvo como objetivo general, identificar las actitudes de los estudiantes de enfermería hacia la sexualidad en ancianos y entre sus objetivos específicos, identificar estas actitudes sobre las relaciones sexuales entre ancianos, según años de estudio. Se utilizó el muestreo probabilístico estratificado y al azar simple. El instrumento empleado hizo uso del diferencial semántico.



Los resultados revelan que la actitud de los estudiantes de enfermería fue en promedio, de ligera aceptación y dirección positiva. <sup>(13)</sup>

- El trabajo titulado “Actitudes de Enfermeros asistenciales que trabajan en forma permanente y eventual con el anciano en las instituciones de salud de Lima Metropolitana hacia el envejecimiento” realizado por Nestor Alejandro Cuadros Valer en el año 1989. Tuvo el objetivo de determinar si existe diferencia entre las actitudes de los enfermeros asistenciales que trabajan en forma permanente, con respecto a las actitudes de los enfermeros asistenciales que trabajan en forma eventual con el anciano, hacia el envejecimiento. El trabajo de tipo descriptivo, correlacional hizo uso de una escala tipo lickert para determinar las actitudes de los enfermeros. Los valores finales considerados para la actitud fueron: aceptación fuerte, aceptación leve, indiferencia, rechazo leve y rechazo fuerte.

Los resultados mostraron que el 44,2% de enfermeros presentó una actitud de indiferencia, seguida por la actitud de rechazo (30,2%) y finalmente un 25,6% de aceptación. Dentro del porcentaje de rechazo, 27,5% fue para una actitud de rechazo leve y 2,7% para el rechazo de intensidad fuerte.

Hacia los cambios biológicos del envejecimiento, el 47,6% de enfermeros mostró una actitud de indiferencia; 22,8% aceptación y 29,6% rechazo, dentro del cual 24,8% representó al rechazo leve.

En cuanto a los cambios psicológicos del envejecimiento, el 45, 6% presentó indiferencia, 29,1% rechazo y 26,3% aceptación.

En la dimensión social del envejecimiento, el 45,6% de enfermeros presentó actitud de indiferencia, 26,1% aceptación y 28,3% rechazo.

Además no se encontró diferencia estadísticamente significativa entre la actitud que tienen los enfermeros asistenciales que trabajan con el anciano en forma permanente y los que trabajan en forma eventual. <sup>(14)</sup>

- El trabajo de investigación de Saturnino Magallán Galoc, "Actitud de los enfermeros asistenciales que laboran en 2 hospitales de Lima Metropolitana hacia el paciente anciano y su atención de enfermería", realizado en 1988 tuvo como objetivos, identificar las actitudes de los enfermeros asistenciales que laboran en los hospitales Guillermo Almenara Irigoyen y Edgardo Rebagliati Martins hacia el paciente anciano y hacia su atención de enfermería y determinar si algunas variables como el tipo de servicio en el que labora, edad, tiempo de ejercicio profesional y capacitación geriátrica, influyen en la dirección e intensidad de sus actitudes. El instrumento fue un formulario que uso la técnica del diferencial semántico.

Los resultados del trabajo muestran que los enfermeros asistenciales denotan una actitud de indecisión hacia el paciente anciano ya que el promedio total obtenido fue de 4,86.

Según dimensiones, el promedio parcial obtenido en el área biológica fue de 4,72 que representa una actitud de indecisión. El área psicológica tuvo un promedio parcial de 4,83 que representa una actitud de indecisión. La dimensión social alcanzo un promedio parcial de 4,51 que revela una actitud de indecisión.

Los indicadores de la dimensión biológica de *cambios corporales* y la *enfermedad en el adulto mayor* alcanzaron promedios que denotan indecisión (4,37 y 5,07 respectivamente).

Los hallazgos mostraron una actitud de indecisión en la mayoría de los indicadores psicológicos sondeados en la investigación: *la sexualidad en el adulto mayor* (promedio: 4,25), *lo que piensa de sí mismo* (promedio: 4,65), *interés por la actividad* (promedio: 5,06) y *la capacidad de interrelación* (promedio: 4,87). Mientras que el indicador *reacción a la enfermedad* denota rechazo (promedio: 3,65)

Los indicadores sociales sondeados en la investigación fueron: *aporte a la sociedad*, *interacción social en el adulto mayor*, *independencia*, *capacidad del adulto mayor para rehabilitarse*, *futuro del adulto mayor* e *institucionalización del adulto mayor*. De estos, los indicadores de *aporte a la sociedad* e *interacción social en el adulto mayor* alcanzaron un promedio de indecisión (5,06 y 4,74 respectivamente); mientras que el indicador *independencia* logró un promedio (3,95) que denota rechazo.

Hacia la atención de enfermería, el promedio fue de 5,91, cifra que denota una actitud de aceptación de intensidad ligeramente fuerte en los enfermeros asistenciales.

No se halló influencia significativa del tipo de servicio y factores propios sobre la dirección en intensidad de sus actitudes. <sup>(15)</sup>

Se debe considerar que las investigaciones realizadas con enfermeros asistenciales podrían reflejar la actitud que éstos tuvieron cuando eran estudiantes y como producto de su formación académica.

Entre las investigaciones internacionales se tiene:

- El trabajo de investigación “Actitudes hacia el envejecimiento y satisfacción en ancianos” realizado por Carmen Luisa Castellano Fuentes y Adelia de Miguel Negro en España durante el 2006, el cual tuvo el objetivo de evaluar las actitudes hacia el envejecimiento en dos grupos de ancianos demográficamente diferentes y uno de estudiantes universitarios de la facultad de Psicología con personalidad normal, y analizar la relación de estas actitudes con distintos indicadores de satisfacción en ancianos.

Se utilizaron dos cuestionarios de actitudes: el CV “Características de la Vejez” (Morgan y Bengtson) y el AE “Actitudes hacia el Envejecimiento” (Kilty y Feld). Para el CV se obtuvieron dos factores: CV1: “Perspectiva positiva y realista de la vejez” y CV2: “Perspectiva negativa de la vejez”. Y para el AE, tres factores: AE1: “Actitudes positivas generalizadas hacia la vejez”, AE2: “Actitudes negativas en el área laboral de la vejez” y el AE3: “Actitudes positivas y fantasiosas de la vejez”. Los índices de bienestar considerados fueron: índice de satisfacción con la vida (Havighurst, Neugarten y Tobin), estado físico y somatización, y estado emocional de Cornell Medical Index (Brodman et al.) y satisfacción con la vida.

Se encontraron diferencias intergrupo para las actitudes entre los 3 grupos. Además los *ancianos B* (usuarios de centros y asociaciones de los Mayores y de sus contactos sociales de la provincia de Tenerife) los que puntúan más alto en comparación a los *ancianos A* (familiares de estudiantes del tercer ciclo de la Universidad La

Laguna). No hay relación entre indicadores demográficos y actitudes. Se concluye que existen distintos perfiles actitudinales hacia el envejecimiento, lo que indica la inadecuación de hablar de homogeneidad para los ancianos. La relación entre satisfacción y actitudes positivas muestra la necesidad de fomentar el cambio hacia estas últimas. <sup>(16)</sup>

- El trabajo titulado “Prejuicios y actitudes hacia la sexualidad en la Vejez” realizado por Imelda Orozco Mares y Domingo David Rodríguez en México durante el 2006, tuvo el propósito de explorar y contrastar las actitudes de un grupo de ancianos y de jóvenes estudiantes hacia la sexualidad en la vejez en el área metropolitana de Guadalajara. Se seleccionaron los prejuicios y estereotipos más comunes para el diseño de un cuestionario tipo escala de Lickert con 14 reactivos. En el estudio participaron dos grupos: uno de 120 personas adultas mayores y otro conformado por personas cuyas edades oscilaban entre los 16 y 36 años.

Las persona adultas mayores mostraron actitudes negativas hacia casi todos los mitos contruidos sobre la sexualidad en la vejez. Sobre la creencia social generalizada de que la vida sexual termina con la llegada de la menopausia/ andropausia, los jóvenes muestran porcentajes de aceptación elevados (76% para los adultos mayores varones y 91% para la condición femenina). El 96.6% de los jóvenes consideran completamente verdadero que los ancianos tienen derecho al amor y de tener actividad sexual, mientras 26.6% de los adultos mayores consideran completamente falso que tengan derecho al amor y a tener actividad sexual. El 71% de los jóvenes no

creen que todos los ancianos sean impotentes; en tanto 61.6% de los adultos mayores consideran completamente verdadero que todos los ancianos son impotentes.

Se concluye que la población joven tiene pocas actitudes negativas hacia la sexualidad en la vejez en comparación con las actitudes prejuiciosas de los propios ancianos. <sup>(17)</sup>

- La investigación “Actitudes europeas ante el envejecimiento y las personas mayores” de Alan Walter realizada en 1999 tuvo el objetivo de comparar las actitudes ante el envejecimiento y las personas mayores en los doce estados miembros de la Unión Europea (UE). El se basó en datos originales de las encuestas denominadas Eurobarómetros y que abarca actitudes de las personas mayores ante el envejecimiento, el estado actual de la solidaridad entre las generaciones y la atención social a las personas mayores y la política del Envejecimiento. Se encontró una actitud de pesimismo predominante en los países de Grecia y Portugal sobre la posibilidad de que las pensiones podrían mejorar en el futuro. Nueve de cada diez personas consideran que las personas adultas mayores deberían recibir ayuda para permanecer en sus domicilios el máximo tiempo posible. Al sugerir que en el futuro los mayores trabajadores tendrían que cuidar de sus padres más de lo que lo hacen ahora, la mayoría de países de la UE respondió que es algo bueno a excepción de Finlandia, Holanda y Suecia. Con respecto a quién tiene la opinión más importante para determinar qué servicios son los más apropiados, la mayoría dio preferencia a la misma persona adulta mayor, al familiar o amigo cercano y en tercer lugar, a los profesionales de la salud.

Los resultados revelan que existe una fuerte solidaridad intergeneracional entre jóvenes y viejos que confiere fuertes dosis de esperanza y demuestra una amplia conciencia de la discriminación por la edad en todos los Estados miembros y la impresión de que se debería hacer algo contra esa injusticia. Algo menos de la cuarta parte de las personas mayores estaban muy satisfechas con sus vidas; algo más de la mitad, bastante satisfechas, y solamente una de cada cinco no estaban satisfechas. <sup>(18)</sup>

- La investigación “Construcción y evaluación en diferentes cohortes del DSE (Diferencial Semántico del Envejecimiento)” elaborada por Feliciano Villar Posada en 1997 tuvo como objetivo, examinar qué actitudes se mantienen respecto al proceso de envejecimiento y las posibles diferencias asociadas a la edad en dichas actitudes. Se utilizó una escala de 18 ítems basada en la técnica del diferencial semántico que se aplicó a una muestra de 166 personas distribuidas en seis cohortes diferentes: personas de 15 a 19 años, 20 a 29, de 30 a 39, de 40 a 49, de 50 a 59 y mayores de 59 años.

Dicha técnica consiste en reunir una serie de pares de adjetivos de significado contrario, y definir un continuo entre ellos dentro del cual la persona tiene que especificar dónde se sitúa el concepto en cuestión. Los diferentes intervalos se puntuaron de 1 (actitud más negativa) a 7 (actitud más positiva) en cada par de adjetivos, estableciéndose por lo tanto el punto neutro de actitud en la puntuación 4. Tras contestar el Diferencial Semántico, los sujetos también respondieron al Cuestionario de Patrones de Envejecimiento y a indicadores de

carácter demográfico. En el Cuestionario de Patrones de Envejecimiento (CPE), se pidió a los sujetos que valoren en una escala de nueve puntos en que grado o nivel se ubican 10 dimensiones de la persona (salud, rapidez, felicidad, inteligencia, poder, recursos económicos y otros) en cuatro puntos diferentes del ciclo vital representados por cuatro etapas: infancia, adolescencia, madurez y vejez.

Los resultados indican que la escala presentaba unas óptimas cualidades psicométricas para ser utilizado en investigaciones que pretendan medir o tener en cuenta la actitud que se mantiene hacia el envejecimiento. La media de las puntuaciones situaba la actitud ante el envejecimiento muy cerca del punto neutro. La cohorte de más de 59 años mantenía las actitudes más positivas, percibiendo al envejecimiento como un proceso más bonito, optimista, positivo, agradable, tolerante y amistoso que el resto de la muestra. Mientras que la cohorte de personas entre 40 y 59 años mantenían las actitudes más negativas. <sup>(19)</sup>

## **2. BASE TEÓRICA**

### **2.1. ENFERMERÍA Y LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA SALUD A LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES**

Enfermería es una profesión dinámica de las ciencias de la salud que brinda asistencia directa al ser humano a través del cuidado integral en el proceso salud - enfermedad en todas las etapas de vida. Este cuidado de enfermería considera la concepción dinámica e integral de



salud: “el logro del más alto nivel de bienestar físico, mental y social y de capacidad de funcionamiento que permitan los factores sociales en los que vive el individuo y la colectividad”. <sup>(20)</sup> <sup>(21)</sup>

El envejecimiento puede ser individual o poblacional /demográfico. El envejecimiento individual es un fenómeno natural de deterioro del organismo maduro, que ocurre a través del tiempo. <sup>(22)</sup> Por otro lado, el envejecimiento poblacional se da con el incremento de la población de adultos mayores con respecto al conjunto de la población a que pertenecen. <sup>(23)</sup> Esta transición epidemiológica está descrita por el cambio de patrones en los aspectos de morbilidad y mortalidad donde las enfermedades crónicas y degenerativas han aumentado por el control de infecciones y mejoras en las intervenciones médicas. Esto se relaciona a la transición demográfica, término utilizado en poblaciones cuya natalidad y/o mortalidad o al menos uno de éstos adquiere bajos niveles en relación a sus valores tradicionales. Actualmente, ambas condiciones están prevaleciendo en las pirámides poblacionales de casi todas las sociedades resultando en un “envejecimiento mundial” que constituye una demanda importante en aspectos económicos, políticos, culturales y sociales. <sup>(24)</sup>

Ante el crecimiento de la población adulta mayor en el mundo, la Organización de Naciones Unidas convocó a dos Asambleas Internacionales sobre el envejecimiento en 1982 y en el 2002. Esta última, desarrollada en Madrid tuvo como resultado la elaboración del Plan de Acción Internacional que es un marco de referencia para la acción de los países en materia de envejecimiento y que pretende garantizar el envejecimiento saludable de la población en el siglo XXI estipulando como

uno de sus objetivos, el acceso universal y equitativo a los servicios de atención de salud. <sup>(25)</sup>

El Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social como ente rector de la política en materia de personas adultas mayores creó el Plan Nacional para las Personas Adultas Mayores 2006-2010 que tiene los siguientes objetivos:

- Mejorar el bienestar físico, psíquico y social de las Personas Adultas Mayores a través del incremento en la cobertura y calidad de los servicios sociosanitarios, la garantía de una asistencia alimentaria y nutricional, y la generación de oportunidades para vida armónica dentro de su familia y su comunidad.
- Promover oportunidades para las Personas Adultas Mayores mejorando su calificación e inserción en el mercado laboral garantizando un nivel mínimo de ingresos y su acceso a los servicios de Previsión y Seguridad Social.
- Incrementar los niveles de participación social y política de las Personas Adultas Mayores de manera que la sociedad los integre como agentes del desarrollo comunitario.
- Elevar el nivel educativo y cultural de la población adulta mayor, promover la imagen positiva del envejecimiento, la vejez e incrementar en la sociedad en el reconocimiento hacia los valores y experiencia de vida de las personas adultas mayores.

El mismo documento estipula como uno de sus principios, propiciar que las personas adultas mayores mantengan una actividad intelectual, afectiva, física y social por lo que es indispensable su acceso a los servicios de salud y seguridad social. Además considera como lineamiento

de política, mejorar la calidad de vida de toda la población adulta mayor con el propósito de que vivan un proceso de envejecimiento saludable. <sup>(26)</sup>

El Ministerio de Salud (MINSA) consideró en el Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS), la Etapa de Vida Adulto Mayor, a la que se le brinda un paquete de atención integral. Durante el año 2006 se publicó la Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de salud de las Personas Adultas Mayores, cuya finalidad fue “Mejorar la atención Integral de Salud que se brinda a las personas adultas mayores (PAMs) en los establecimientos de salud públicos y privados, en un marco de respeto a los derechos, equidad de género, interculturalidad y calidad, contribuyendo a un envejecimiento activo y saludable.” Esta Norma Técnica de Salud, que estandariza la Atención Integral de Salud en la Etapa de Vida Adulto Mayor en todos los establecimientos de salud, es de cumplimiento obligatorio para los prestadores de atención de salud a las personas adultas mayores en el Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud; y establece que los recursos humanos a cargo de la atención de salud para las personas adultas mayores deben estar capacitadas, y deben poseer habilidades y actitudes que permitan establecer una relación de empatía. <sup>(27)</sup>

El paquete de atención integral es un conjunto articulado de cuidados esenciales que requiere la persona adulta mayor para satisfacer sus necesidades de salud, brindados por el personal de salud a la propia persona (autocuidado), familia, agentes comunitarios y otros actores sociales de la comunidad.

En el mes de diciembre de ese mismo año, se publicó el formato de la historia clínica del adulto mayor, que facilita el abordaje biológico, psicológico y social mediante la Valoración Clínica del adulto Mayor (VACAM). Esta última es considerada como un proceso diagnóstico multidimensional e interdisciplinario que cuantifica funcionalmente las capacidades y problemas de carácter físico, mental y/o social con la intención de definir el paquete de atención integral de salud y elaborar un plan de atención personalizado. <sup>(28)</sup>

La Organización Mundial de la Salud (OMS) se refiere al envejecimiento activo como:

*“el proceso por el cual se optimizan las oportunidades de bienestar físico, social y mental durante toda la vida con el objetivo de ampliar la esperanza de vida saludable, la productividad y la calidad de vida en la vejez”.*

Se trata de promover el máximo de autonomía posible, fomentando el potencial del adulto mayor para controlar, afrontar y tomar decisiones sobre su vida diaria. <sup>(29)</sup>

Dentro de todo este contexto, la enfermera comprende que el adulto mayor es un ser global integrado por componentes biológicos, psicológicos, con interacción constante con el entorno en el cual está inmerso. <sup>(30)</sup>

Por su condición de salud, esta Etapa de Vida Adulto Mayor demanda el uso de modelos de atención integral en salud más centrados en el “cuidar” que en el “curar” y que respondan a sus necesidades biopsicosociales, considerando su entorno físico y social. Estos modelos deben estar orientados a mantener la salud, controlar factores de riesgo,

promover la autonomía del adulto mayor, su independencia funcional y su inserción en la familia y sociedad. Considerando esto, la labor de enfermería es de fundamental importancia en las áreas de promoción, prevención y educación para el autocuidado. <sup>(31)</sup>

En el año 2002, durante la XXVI Conferencia Panamericana de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) se planteó que:

*“La solución a los problemas de salud de las personas adultas mayores exige un enfoque de salud pública sobre educación sanitaria, promoción de la salud, detección temprana de los problemas y asignación de recursos apropiados para proporcionar rehabilitación comunitaria. Se necesitan recursos humanos adiestrados para comprender las diferentes necesidades de salud de una población que está envejeciendo. La atención primaria de salud necesita un enfoque basado en la población, que incluya prevención, detección temprana y empoderamiento de las personas en el autocuidado. Este enfoque requiere recursos humanos capaces de gestionar y tratar los problemas de salud complejos de las personas de edad. La atención eficaz también exige la vigilancia eficaz del cumplimiento del tratamiento y la educación de los pacientes”* <sup>(32)</sup>

En el año 2003, la Organización Panamericana de la Salud convocó a una reunión de enfermeros expertos en salud del adulto mayor, durante la cual se reconoció que la atención primaria es el ámbito principal en que se desarrollan las atenciones e intervenciones en salud para el adulto mayor. Además se estableció que la capacidad para crear entornos físicos, familiares, sociales, económicos y políticos propicios para el envejecimiento activo es un elemento fundamental en los profesionales de enfermería, quienes tienen la responsabilidad de participar en forma activa en las esferas de decisión política en salud del adulto mayor.

Sobre el rol de la enfermera en la salud del adulto mayor, el Consejo Internacional de Enfermería (CIE) declara que la meta del trabajo de

enfermería con los adultos mayores es el logro de un óptimo nivel de salud, bienestar y calidad de vida, percibido y consistente con los valores y necesidades del adulto mayor.

La Sociedad Española de Enfermeras Geriátricas y Gerontogerítricas plantea que la gestión de los servicios de salud gerontológicos debe estar a cargo de una enfermera que tenga formación reconocida en ese campo y que tiene las siguientes cualidades:

- Poseer conocimientos teórico - prácticos y desarrollar aptitudes y habilidades para asumir las responsabilidades de sus decisiones y acciones.
- Elaborar y ejecutar el plan de cuidados que llevará a cabo con los cuidadores o la familia y el adulto mayor, considerando sus valores, características individuales, su entorno y los recursos disponibles.
- Formular los diagnósticos de enfermería, tras la valoración integral y sistemática de su estado de salud.
- Brindar, mediante un plan de cuidados, la atención necesaria para mantener y restablecer las capacidades globales y para prevenir o retrasar las complicaciones de las incapacidades.
- Evaluar objetivamente el resultado de su plan de cuidados para determinar el grado de logro de los objetivos propuestos.
- Prestar atención al paciente mayor en conjunto con el resto de los miembros del equipo interdisciplinario, ajustando sus decisiones a los principios bioéticos.
- Favorecer la adaptación a las nuevas situaciones estresantes.
- Conducir al adulto mayor y su familia por el proceso de duelo.
- Realizar trabajos de investigación en enfermería gerontológica destinados a generar, organizar y profundizar el cuerpo del conocimiento propio.

En la reunión de la OPS del 2003 se elaboró un documento que entrega algunos lineamientos para afrontar la situación del adulto mayor y sugiere que los objetivos a lograr en la formación del profesional de enfermería son:

- Lograr una actitud abierta, comunicativa, optimista, sensible y de aceptación hacia el adulto mayor, concibiéndolo como un ser único, con sus propios conocimientos, experiencias y necesidades biológicas, psicológicas, socioculturales y espirituales, respetando sus valores, prácticas culturales y su derecho a la salud usando la comunicación asertiva, empática y comprensiva a fin de suministrar un sistema de cuidados de calidad y culturalmente aceptable.
- Reconocer la complejidad y multicausalidad de los procesos relacionados con la salud y el envejecimiento.
- Brindar un cuidado ético, humanizado e individualizado que optimice las capacidades del adulto mayor, favoreciendo su autonomía, independencia y participación en su familia y en la sociedad, detectando riesgos y previniendo los eventos de alta incidencia en los adultos mayores que tienen impacto directo en su salud y expectativa de vida como caídas, úlceras por presión, insomnio, entre otras.
- Desarrollar actitudes y capacidades para realizar actividades de educación en las áreas de promoción de la salud y ambientes saludables, y prevención de enfermedad, promoviendo en la comunidad una actitud positiva hacia el envejecimiento y la población adulta mayor y participando activamente en el aprendizaje acerca del proceso de envejecimiento, adopción de estilos de vida y prácticas de autocuidado que favorecen un envejecimiento activo.
- Gestionar el cuidado a nivel institucional y comunitario, y participar activamente en las esferas de decisión relacionadas con el impacto del

envejecimiento poblacional, la pobreza, la desigualdad social, el tipo y calidad de cobertura de salud para el adulto mayor y sus recursos de apoyo a través de la comunicación eficaz.

- Utilizar los resultados de investigaciones clínicas previas como herramienta en la práctica diaria y demostrar disposición para obtener resultados basados en la evidencia que mejoren la práctica de la enfermería geriátrica. <sup>(33)</sup>

## **2.2 EL ENVEJECIMIENTO COMO PROCESO NATURAL DEL SER HUMANO**

El envejecimiento es un proceso continuo, progresivo e irreversible, que determina una pérdida progresiva de la capacidad de adaptación y que concluye con la muerte del individuo. Además es un proceso de individualización, de cambios, de pérdidas y ganancias, por el que se puede descubrir y expresar la propia vocación del ser. Se convierte en un proceso de toma de conciencia, único e irrepetible y que forma parte del proceso de aprendizaje. <sup>(34)</sup>

*“El adulto mayor debe ser abordado multidisciplinaria y multidimensionalmente como cualquier ser humano, ya que es una mezcla insoluble biopsíquica en un contexto social y económico correspondiente a la sociedad en que se desarrolla e interactúa dialécticamente, y donde conforma un conjunto categórico biopsico – social - económico, con elementos emocionales y espirituales, regido por normas éticas desde aristas morales, jurídico-legales, culturales y religiosas.” <sup>(35)</sup>*

Todas las dimensiones se interrelacionan de tal forma que el producto final es el resultado de la interacción entre el componente genético, el organismo y el ambiente en que se desenvuelve cada ser



humano; haciendo que el envejecimiento sea un proceso individual y heterogéneo. De ahí que nadie envejece de igual manera. <sup>(36)</sup>

**2.2.1. Envejecimiento Biológico:** Se refiere a los cambios físicos, fisiológicos y funcionales que dan como resultado, declinación en la duplicación de células según el organismo va envejeciendo o por la pérdida de cierto tipo de células que no se reproducen. Causa un efecto negativo en el funcionamiento físico y los cambios físicos que se producen son universales para todas las personas.

#### **a. Cambios biológicos**

El envejecimiento desde su dimensión biofisiológica se distingue por cambios en la apariencia física (adelgazamiento de la piel, aparición de arrugas, canas y pigmentación cutánea irregular a modo de manchas), cambios en la capacidad de funcionamiento por sistemas o aparatos corporales, declinación gradual del vigor y pérdida de la habilidad física para resistir situaciones de estrés, ejercicio fatigante, enfermedades agudas o crónicas o a la exposición a condiciones ambientales, etc. Algunos autores hacen referencia de este proceso como senectud o senescencia (envejecimiento biológico normal) que es el periodo en que las personas se tornan más susceptibles a enfermedades o a la muerte debido a cambios estructurales y funcionales provocados por la edad.

Este envejecimiento biológico no se produce al mismo ritmo en los diferentes sistemas de órganos y algunos adultos mayores experimentan una pérdida mayor de funciones que otros. Las reservas de los órganos se usan y el proceso de reparación es más lento. <sup>(37)</sup>

Los cambios celulares y extracelulares en el envejecimiento normal deterioran la apariencia y función físicas. Las personas adultas mayores se encogen, disminuyendo el ancho de su espalda y aumentando su circunferencia torácica, el abdomen y el diámetro pélvico. La piel se torna delgada y arrugada. La masa corporal de apoyo disminuye y la masa magra aumenta. Hay aparición de canas. El tejido adiposo se redistribuye desde los tejidos subcutáneos y extremidades al tronco. Se acumula un pigmento conocido como lipofusina y dentro del tejido conectivo, la degradación de elastina y colágena ocasiona que los tejidos se hagan rígidos y menos elásticos.

El mantenimiento de la homeostasis es difícil. Los sistemas orgánicos no pueden funcionar con toda su eficacia debido a los déficits celulares y tisulares. A nivel cardiovascular, los cambios estructurales como el engrosamiento y rigidez de las válvulas cardíacas, disminución de la elasticidad del corazón y arterias, la dilatación de las arterias y el acúmulo de depósitos de calcio y grasa en sus paredes; reducen su capacidad de funcionamiento, disminuye su reserva y capacidad de respuesta al estrés.

La capacidad y la función pulmonares son afectadas por los cambios relacionados con el envejecimiento que incluyen aumento del diámetro torácico anteroposterior, colapso osteoporótico de vértebras y la cifosis resultante, reducción de la eficacia de los músculos auxiliares, aumento de la rigidez pulmonar, disminución del área de superficie alveolar, entre otras. Esto incrementa el volumen residual y disminuye la capacidad vital; alterando la capacidad de intercambio y difusión de gases.

El adulto mayor es más susceptible a infecciones respiratorias por reducción de la eficacia de la tos y de la actividad ciliar.

Los cambios integumentarios en el envejecimiento afectan la función y aspecto de la piel. Hay un menor riego sanguíneo en la piel por pérdida de capilares, disminución de la pigmentación del pelo, sequedad de la piel, susceptibilidad de la piel a irritaciones, pigmentación cutánea a manera de manchas, entre otros.

En el sistema genitourinario, disminuye el tono muscular de los uréteres, vejiga, uretra y músculos de perineo produciendo incontinencia de esfuerzo y micción urgente, disminución de la capacidad de la vejiga que hace que los adultos mayores no siempre la vacíen por completo, disminución de la masa renal, principalmente a causa de pérdida de nefronas, que produce reducción del índice de filtración glomerular, de la función de los túbulos renales, menor eficacia de reabsorción y concentración de la orina y restauración lenta del equilibrio ácido-básico en respuesta al estrés.

El funcionamiento del aparato digestivo continúa siendo más o menos adecuado aunque hay disminución de la salivación y disfagia, desaceleración del vaciado esofágico y gástrico, y reducción de la motilidad gastrointestinal.

Los cambios musculoesqueléticos en el envejecimiento abarcan disminución de la densidad ósea, disminución de la fuerza y masa musculares y degeneración de los cartílagos articulares.

En el sistema reproductivo, hay una desaceleración de la respuesta sexual durante el envejecimiento. Además los varones sufren una disminución del tamaño del pene y los testículos; mientras que en las mujeres ocurre un angostamiento y disminución de la elasticidad vaginales y disminución de las secreciones vaginales. <sup>(38)</sup>

Sobre la sexualidad en la vejez se han generado una serie de creencias que pueden llegar a convertirse en verdaderos prejuicios en contra de las personas adultas mayores y que se expresan tanto en lo personal como en lo colectivo. Según Huici (1999), los prejuicios son un fenómeno intergrupar, con una orientación negativa hacia el objeto de éste, en el caso de la sexualidad en la vejez, incurriendo en generalizaciones excesivas y constituyen actitudes que están relacionadas con los sentimientos negativos que genera un determinado grupo poblacional.

La mayoría de los estudios sobre actitudes hacia la vejez, han encontrado que los propios adultos mayores se perciben a sí mismos en forma negativa y apenas en los últimos años es que ha existido una orientación a indagar sobre las cosas relacionadas con la salud más que con las pérdidas.

Según Nina Estrella (2005), citada por Orozco Imelda, uno de los más frecuentes es el que supone que las personas adultas mayores no tienen una vida sexual activa y que no están interesados en comprometerse en alguna relación romántica. <sup>(39)</sup> Por su parte, Andrés Flores Colombino identifica algunos prejuicios comunes sobre la sexualidad en la vejez:

- a) Los excesos sexuales de la juventud llevan al agotamiento en la vejez.
- b) El anciano es un discapacitado sexual.
- c) Los ancianos ya no tienen deseos sexuales y menos actividad.
- d) Los ancianos sólo necesitan contacto y cariño, no sexo
- e) Todos los ancianos son impotentes
- f) El esquema corporal alterado afecta por igual a hombres y mujeres.
- g) El desuso de los genitales del anciano los lleva a la atrofia. <sup>(40)</sup>

Las características de las enfermedades en el adulto mayor son pluripatología, cronicidad, presentación atípica y deterioro funcional; aunque no hay relación directa entre enfermedad y deterioro funcional. A causa de esto, la percepción del significado social de la enfermedad pasa de ser un proceso agudo y transitorio que se resuelve, ya sea con la curación o con la muerte, a constituirse en un estatus crónico de consecuencias importantes por la creciente carga psicológica, social y económica. Algunas de las enfermedades más comunes en el envejecimiento son la diabetes, enfermedades pulmonares, cáncer, hipertensión arterial, enfermedades osteomusculares y cardiovasculares. <sup>(41)</sup> <sup>(42)</sup> El envejecimiento biológico aumenta el riesgo de enfermedades crónicas, lo que se acentúa a medida que avanza la edad y se refleja en el alza de demanda de los servicios de salud y aumento de los costos de la atención médica a causa de procedimientos diagnósticos y terapéuticos. <sup>(43)</sup>

## **b. Cambios funcionales**

Esta dimensión del envejecimiento se relaciona a términos como enfermedades crónico-degenerativas, capacidad funcional, dependencia e independencia funcional. La capacidad funcional es la capacidad de una

persona de llevar a cabo funciones de las esferas física, mental, social y afectiva, que son modificadas por la interrelación de envejecimiento, enfermedad y ambiente. Esta es el principal elemento en la autopercepción de salud del adulto mayor y por lo tanto, de su bienestar

La dependencia es el estado en el que se encuentran las personas que, por falta o pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual, tienen necesidad de asistencia o ayuda para realizar las actividades de la vida cotidiana como lo son las tareas de cuidado personal. <sup>(44)</sup>

Robert Kohn diferencia al envejecimiento tanto de la enfermedad como del desarrollo, siendo éste último casi lo opuesto al envejecimiento. Define al envejecimiento como el proceso que inicia en el punto máximo de la madurez y que ocasiona disminución de las capacidades funcionales. Aún cuando la gran mayoría de las personas adultas mayores son relativamente independientes y físicamente aptas y funcionales, el grupo de los mayores de 80 son más dependientes, más aún si su nivel socioeconómico y estado de salud son limitados. <sup>(45)</sup>

La OMS ha definido la salud del adulto mayor por su capacidad para funcionar, y no por las limitaciones, discapacidad o enfermedad que presente. La calidad de vida de las personas mayores está estrechamente relacionada con la capacidad funcional y el conjunto de condiciones que le permiten mantener su participación en su propio autocuidado y en la vida familiar y social. <sup>(46)</sup>

Aunque la funcionalidad debe ser vista como un continuo, puede dividirse en tres niveles de funcionalidad para utilidad del ámbito clínico y una visión integradora para la atención de las personas adultas mayores:

- **Actividades básicas de la vida diaria:** Incluye actividades de alimentación, continencia, desplazamiento o traslado o transferencias (cama-silla), uso del sanitario, vestido y bañado. Son actividades de carácter universal porque conforman el cuidado personal esencial.
- **Actividades instrumentales o intermedias de la vida diaria:** Son el segundo nivel de funcionalidad y determinan la capacidad de vivir de modo independiente pues están ligadas a aspectos culturales y del entorno. Estas incluyen cocinar, realizar las compras, limpieza del hogar, labores domésticas, utilización del teléfono, lavado de la ropa, viajar, toma de medicamentos y administrar los gastos personales.
- **Actividades avanzadas de la vida diaria:** Incluyen actividades sociales, ocupacionales y recreativas voluntarias y ligadas a la calidad y estilo de vida. Son determinadas por preferencias personales, aptitudes, intereses y creencias. <sup>(47)</sup>

Para orientar los servicios sociosanitarios, es funcional clasificar a las personas adultas mayores en tres grupos:

- **Persona Adulta Mayor Independiente o Autovalente:** Es aquella capaz de realizar las actividades básicas, así como las actividades instrumentales de manera independiente y con autonomía mental.
- **Persona Adulta Mayor frágil:** Es aquella que tiene alguna limitación para realizar todas las actividades básicas de la vida diaria.
- **Persona Adulta Mayor Dependiente o Postrada (no autovalente):** Es aquella con daño crónico, físico o psíquico, que lo hace total y absolutamente dependiente del resto que lo rodea para llevar a cabo

actividades básicas, lo cual puede ser a veces, una molestia para la familia que está con él o ella. <sup>(48)</sup>

**2.2.2. Envejecimiento Psicológico:** Durante el envejecimiento ocurren cambios en los procesos sensoriales y perceptuales, destrezas motoras, funcionamiento mental (memoria, aprendizaje, inteligencia, etc), la personalidad, los impulsos, las emociones, y las motivaciones. El rendimiento mental es más susceptible de medición y objetivación, mientras que las modificaciones de la personalidad, actitudes y la forma de vivenciar los contactos sociales son mucho más difíciles de captar.

Difícilmente la edad cronológica, fisiológico y psicológica coinciden lo que acentúa las diferencias entre individuos en cuanto al fenómeno del envejecimiento. El envejecimiento cognitivo se refiere a la decreciente habilidad para asimilar información nueva y para aprender conductas nuevas. El envejecimiento afectivo se refiere a la reducción en las capacidades adaptativas del individuo en relación al ambiente cambiante. <sup>(49)</sup>

Conforme se envejece, se dan cambios en la personalidad y esto no sólo es consecuencia del transcurso de los años sino que está muy relacionado al estilo de vida del sujeto, vivencias, experiencias, pérdidas, tipo de relación con su entorno social entre otros. Uno de los cambios más importantes en el envejecimiento es la dependencia y aumento de la rigidez, la cual define la incapacidad o la capacidad limitada de un sujeto para desprenderse de ciertas maneras de obras y de pensar habituales, ante cualquier variación de las condiciones objetivas de actos o actitudes, o para elegir otras más adecuadas, mejor adaptadas.



Según Lernestein, los cambios y situaciones frecuentes en el envejecimiento como el inicio de cualquier enfermedad, pérdida de roles, la lejanía o muerte de familiares o amigos generan en el adulto mayor, reacciones psicológicas de depresión, sentimiento de minusvalía, hipocondría, temor, soledad, irritabilidad, agresividad, aislamiento y regresión. <sup>(50)</sup>

#### **a. Cambios del envejecimiento en aspectos cognoscitivos**

Algunos falsos conceptos hacen suponer que los adultos mayores experimentan desaceleración de los procesos intelectuales, incapacidad para aprender, tendencia al olvido, confusión y en general, senilidad.

Según Sánchez Lázaro y Pedrero García, la inteligencia general está formada por la inteligencia fluida y la inteligencia cristalizada. La inteligencia fluida se relaciona a los procesos cognitivos básicos (al procesamiento de las relaciones percibidas, la capacidad para realizar correlaciones, el razonamiento rápido, de abstracción, formación de conceptos, entre otras y está muy relacionada con las estructuras del sistema nervioso. La inteligencia cristalizada se define como el conocimiento de las habilidades de la propia cultura, y refleja el grado hasta el cual una persona ha absorbido la experiencia y el contenido de la cultura. Los cambios en la inteligencia fluida comienzan a declinar en la adultez, mientras que los de la inteligencia cristalizada, declinan a edades muy avanzadas o no lo hacen nunca. <sup>(51)</sup>

Durante las pruebas de inteligencia, las respuestas de los adultos mayores son más lentas; necesitan más tiempo para reaccionar, de modo que las calificaciones quizá no reflejen su capacidad real. El factor de

velocidad se pone de manifiesto en el proceso de aprendizaje, influye sobre la grabación y retención de material verbal y no verbal.

En cuanto a la creatividad, las investigaciones demuestran que la creatividad permanece a pesar de la edad. Aunque los adultos mayores la manifiestan más satisfactoriamente en una sociedad que brinda oportunidades estimulantes.

Muchas personas adultas mayores participan de experiencias educativas. Sin embargo su capacidad para aprender y recordar de manera eficiente puede ser afectada por el proceso de envejecimiento. A pesar de esto, se pueden usar otros recursos visuales, auditivos o metodológicos para facilitar el proceso de aprendizaje. Los adultos mayores aprenden más fácilmente cuando el material presentado aparece ordenado claramente, es decir cuando muestra escaso grado de complejidad. Las enfermedades, estados subclínicos y estrés también podrían afectar en forma negativa el funcionamiento intelectual. <sup>(52)</sup>

Una de las capacidades mentales que resulta ser funcionalmente vital para los seres humanos es la memoria, capacidad cognitiva de registrar una información, retenerla o elaborarla y posteriormente recordarla. Sin esta habilidad los humanos no recordarían personas, eventos y experiencias del pasado, no tendrían forma de interpretar o dar sentido al presente. Se ha encontrado que las personas de edad avanzada tienden a tener mejor memoria remota que cercana. Algunos creen que esto se debe simplemente a que estas personas están más orientadas al pasado que al presente o al futuro y que la memoria pasada posee eventos con más significado emotivo. Los déficits sensoriales, las

distracciones y la falta de interés obstaculizan la adquisición de información. Los cambios cerebrales relacionados con la edad tienen efectos en el almacenamiento y recuperación. <sup>(53)</sup> <sup>(54)</sup>

## **b. Dependencia en las Personas Adultas Mayores**

Durante el envejecimiento, se dan tres crisis: la crisis de identidad, de autonomía y de pertenencia. La crisis de autonomía viene dada especialmente por el deterioro progresivo del organismo y de las posibilidades de desenvolverse de manera libre en el desarrollo de las actividades normales de la vida diaria. Según J. López, la experiencia de autonomía e interdependencia vivida en relación al trabajo y a sus frutos da paso a una experiencia de dependencia, una función que varía a lo largo de nuestra vida y da lugar a reajustes en la vida de cada individuo. <sup>(55)</sup>

Peter Townsend plantea que la situación actual de dependencia de las personas adultas mayores ha sido creada por la política social. Chawla sostiene que las personas adultas mayores no siempre son dependientes a causa de su decadencia física, sino que lo son a menudo por estereotipos sociales. Aunque el envejecimiento implica un deterioro biológico, son las condiciones sociales de abandono, carencia de servicios y las ideas del modelo médico tradicional las que reducen las oportunidades de mantener activos y autovalentes a las personas de edad avanzada. <sup>(56)</sup>

Aunque tradicionalmente se viene dando un sentido excesivamente médico a la dependencia de las personas mayores, Blenkner distingue entre *dependencia económica*, referida a la insuficiencia de ingresos,

*dependencia fisiológica* por modificaciones en el aparato locomotor y de los órganos sensoriales, *dependencia psíquica y mental* por déficit de la memoria o pérdida de la capacidad de orientación y *dependencia social* por pérdida de roles y aislamiento. <sup>(57)</sup>

### **c. La Soledad en las Personas Adultas Mayores**

Según Madoz (1998), el ser humano añora la fusión con otra u otras personas y la comunicación. Cuando la persona comprueba que no puede establecer ese contacto humano, entonces aparece la soledad, de la que surgen la sensación de estar incompleto, de que “falta algo” importante, la sensación de vacío y la desazón derivada de ello.

La soledad es una condición de malestar emocional que surge cuando una persona se siente incomprendida o rechazada por otros o carece de compañía para las actividades deseadas, tanto físicas como intelectuales o para lograr intimidad emocional. Existe una soledad objetiva y soledad subjetiva, la objetiva se refiere a la falta de compañía y la soledad subjetiva es más compleja y paradójica pues la padecen personas que se sienten solas y puede ocurrir incluso cuando se tiene compañía, es decir que no están satisfechas o que sus relaciones no son suficientes o no son como esperarían que fueran. Hay personas que podrían ser consideradas como aisladas debido a sus pocas relaciones sociales, pero que no se consideran así y están plenamente satisfechas de contactos poco duraderos pero intensos en vivencias, o a la inversa, personas que conviven en un medio familiar normal, pero que se sienten solas.

Juan José López indica los tres tipos de aislamiento y soledad más conocidos: la soledad física o habitacional, la soledad moral y el aislamiento social. Según este autor, al aislamiento se llega por diferentes factores: el comportamiento, por factores sociales (causada por el estereotipo de que la vejez es una etapa improductiva y desvalorizada), por factores espaciales, por factores psicológicos (especialmente por la actitud de algunas personas mayores que les lleva a aislarse voluntariamente y abandonarse en los autocuidados) y por factores de salud (que generan dependencia, discapacidades y miedo a salir del domicilio). <sup>(58)</sup>

La vejez es un momento en el que más fácilmente se puede experimentar la soledad pues en esta etapa de la vida, hay una sucesión de pérdidas como el trabajo, el status social, el cónyuge, algunas capacidades físicas, entre otros, pudiendo generarse depresión o situaciones de vulnerabilidad, marginación y exclusión social. <sup>(59)</sup>

La viudez, para quien había contraído matrimonio o vivía en pareja, suele ser el principal desencadenante del sentimiento de soledad en las edades avanzadas. Se debe a que tras varias décadas de vida matrimonial, desaparece de pronto la compañía y la afectividad que hasta entonces venía proporcionando la figura conyugal, dando pie a problemas personales de adaptación a la viudedad de tipo no únicamente emocional sino también material y relativos a la gestión del tiempo y de las tareas propias del hogar y de la vida doméstica y social. El modo como las personas viven el acompañamiento a la pareja al final de sus días es una variable importante para la elaboración posterior del duelo. Algunas personas mayores incluso desearían morir antes que su pareja para no

sentir la pérdida del único y mayor alivio con el que aún se consuelan y alivian.

La jubilación o el retiro es una experiencia particularmente importante en la generación de la experiencia de soledad y el riesgo viene por la desorganización de la vida que se produce y la falta de iniciativa para encarar la nueva realidad que brinda disponibilidad de mayor cantidad de tiempo y un proceso de desvinculación social.

La pobreza o escasez de relaciones familiares, en cantidad, intensidad y calidad de afecto representa un importante motivo de frustración. Cuando esto se produce, el sentimiento de soledad se eleva en gran medida, ya que probablemente no exista aspecto más negativo para el bienestar emocional de las personas que unas malas relaciones con la familia. <sup>(60)</sup>

La soledad es más frecuente entre las personas adultas mayores que residen en un albergue o asilo pues no dependen afectivamente de su familia y su reacción ante este fenómeno varía desde una actitud de total indiferencia por la existencia de algún pariente suyo hasta una actitud de rechazo en forma abierta por esas personas que las abandonaron. <sup>(61)</sup>

Simón de Beauvoir, en su libro “Todos los hombres son mortales” imagina a un hombre inmortal entre todos los mortales. La experiencia de este personaje es de una profunda soledad. Después de cientos de seiscientos años ya no se hace ninguna ilusión porque todos los grupos de pertenencia a los que ha tratado de vincularse han ido desapareciendo, muriéndose. Cuando mira a los otros hombres siente deseos de ser mortal

como los demás pues se siente como un extranjero en la sociedad donde vive, sin comunidad de experiencias con los demás, con la soledad como única compañía. Algo de esta experiencia caracteriza la soledad de los mayores, especialmente cuando muchos de los lazos afectivos han desaparecido.

La soledad puede tener graves consecuencias negativas sobre la salud. En el plano físico, se produce un efecto debilitador del sistema inmunológico, aparición de dolores de cabeza, dificultades para dormir, problemas cardiovasculares y digestivos, entre otros. A nivel psicológico, la soledad influye en la baja autoestima, nerviosismo, angustia, y puede ser la antesala de otros problemas como la depresión o el alcoholismo, como también de ideas suicidas. A nivel social, tiene repercusiones como en la marginación social, creencias de ser rechazado, entre otros; tanto así que puede ser vivida como una verdadera *muerte social* producto del cuestionamiento de la propia identidad, de la propia autonomía y del propio ser en el mundo. En el lado positivo, la soledad puede generar solidaridad y apoyo familiar, convirtiéndose esto en la solución al problema. <sup>(62)</sup>

**2.2.3. Envejecimiento Social:** La dimensión sociológica del envejecimiento se vincula a la sociedad en que vive y a la influencia que ésta ejerce en las personas conforme envejecen y el poder que a su vez, éstas tienen en la sociedad. Esto significa que el medio social determina el significado de la vejez para el individuo y si esa experiencia será positiva o negativa. El envejecimiento social se refiere a los hábitos sociales, papeles cambiantes y las relaciones en el ámbito social con familiares y

amigos, relaciones del trabajo y dentro de las organizaciones tales como religiosas, recreativas y grupos políticos. <sup>(63)</sup>

Para la *teoría del medio social* de J.Gubrium, el comportamiento social del individuo en la etapa de la vejez está condicionado por factores biológicos y sociales imperantes en su medio ambiente. De tal forma que el comportamiento de la persona depende de la sociedad donde viva, de su condición física y de los recursos con que cuente para satisfacer sus necesidades como el dinero y el apoyo social. <sup>(64)</sup>

Un envejecimiento exitoso y saludable tiene que ver con la funcionalidad biológica y social que permite la plena integración social y familiar de los que envejecen, lo que implicará superar las barreras sociales y culturales que aún impiden a los adultos mayores desarrollar sus potencialidades. <sup>(65)</sup>

En el envejecimiento puede presentarse una tendencia al aislamiento social es decir una disminución considerable o supresión de contactos con otras personas casi siempre a consecuencia de la pérdida de actividad laboral, pérdida del trabajo y por lo tanto la posibilidad de estar asociado a otro grupo de personas. Una sociedad con una imagen negativa de la vejez y con poca prestación de servicios a este grupo etéreo, los conduce al aislamiento.

La marginación social hacia las personas adultas mayores se debe a la pérdida de valores de las nuevas generaciones para quienes les resulta más fácil marginar a éstos del seno familiar. La desvinculación y la pérdida de contactos sociales condicionan inevitablemente a la



marginación. El cambio de esta situación, implica la solidaridad intergeneracional tanto en el ámbito familiar y social.

Un individuo tiene tantos estatus sociales como a grupos sociales pertenezca y cada uno le exige el cumplimiento de un determinado rol. La pérdida paulatina de roles conlleva a la degradación de su identidad personal y social, pues se le niega la oportunidad de desempeñar otros roles en la sociedad. La posición de una persona dentro del sistema sociocultural depende de su identidad social, por la totalidad de sus papeles. Así que esto deriva en una pérdida de prestigio para el adulto mayor.<sup>(66)</sup>

#### **a. Cambios en las redes y contactos sociales**

Usualmente un adulto mayor experimenta una reducción importante de sus redes, contactos e interacciones puesto que va perdiendo familiares, amigos del entorno y también oportunidades de entablar relaciones. El trato intensivo con determinados círculos de personas se va relajando paulatinamente o bien cesa por completo. Kroh habla de “transición de camaradería de grupo a la amistad de uno solo”, de “estado de vinculación disminuida con los demás” e incluso de “tendencia al aislamiento”.

La primera causa es el hecho de la retirada del ámbito laboral, del que uno se nutre manteniendo numerosas relaciones sociales. El trabajo origina también una serie de satisfacciones internas y es una forma de participar en la vida social. El fin de la vida laboral que constituye también el origen de las principales relaciones sociales, supone un sentimiento de

desvalorización y de dependencia. La reducción de los contactos con los colegas de profesión constituye la ruptura de vínculos sociales.

Otro factor que puede producir la reducción de redes y contactos sociales es la defunción del cónyuge que se caracteriza por aflicción o duelo. Además algunos factores sensoriomotores tales como el déficit o carencia de la capacidad visual, auditiva y locomotora, dificultan claramente las relaciones sociales. <sup>(67)</sup>

#### **b. Hostilidad social y familiar**

El Plan Nacional para las personas adultas mayores 2006-2010 considera dentro de sus lineamientos al impulso de la formación de una conciencia, cultura y sensibilidad sobre el envejecimiento, la vejez y respeto a la dignidad de los adultos mayores, que conduzca a eliminar la discriminación y la segregación por motivos de edad en todos los ámbitos de la sociedad, contribuyendo así a fortalecer la solidaridad social y el apoyo mutuo entre generaciones. Además considera dentro de sus medidas formular y desarrollar programas intergeneracionales que disminuyan las brechas generacionales, promover la igualdad de oportunidades, promover una imagen positiva del envejecimiento y la vejez que garantice la inclusión social de las personas adultas mayores con la participación de todos los actores sociales, instituciones públicas y privadas y medios de comunicación masiva. <sup>(68)</sup> <sup>(69)</sup>

### **b.1 Hostilidad social**

Los cambios en la estructura y dinámica de la familia se observan entre distintas generaciones y se consideran causa y efecto del envejecimiento demográfico. Se han disminuido las cohortes de padres e hijos, haciendo que la diferencia de edad entre sí sea poca. A esto se agrega, la mayor interdependencia entre una generación y otra asociada al número creciente de familias con 3 o 4 generaciones. <sup>(70)</sup>. El cambio de la relación entre los adultos mayores y los ciudadanos más jóvenes determinan la necesidad de definir nuevas reglas de convivencia, es decir un nuevo contrato intergeneracional. <sup>(71)</sup>

El rechazo social es la forma natural e instintiva que tiene el humano para filtrar a los miembros de una sociedad con el objetivo de retener a los más aptos y de rechazar a los débiles que representan un peligro para la sociedad. En la actualidad, la selección y definición del "más apto" se inclina hacia la capacidad de adaptación, dirección de pensamiento, etc.

Tajfel define los estereotipos como imágenes simplificadas de un grupo o institución, que asignan ciertos rasgos comunes a todos sus miembros o representantes, precisando ciertas diferencias con los no miembros. Por otra parte el prejuicio es definido como juicios no comprobados, de naturaleza positiva o negativa sobre una persona o grupo. Supone una actitud favorable o no hacia el grupo, e influye en sí un elemento afectivo. Entre ellos existe contrastada relación, pues se reafirma que el estereotipo es el elemento cognoscitivo o conceptual del

prejuicio; los conocimientos que atribuimos al grupo o individuo objeto del juicio valorativo que es el prejuicio.

Tanto los estereotipos como los prejuicios constituyen y dan significación a la información proveniente del miedo; orientan comportamientos y revelan la calidad de las imágenes y las actitudes de los grupos sociales que interactúan en un medio social, así como dan cuenta de la valencia de las identidades grupales implicadas. Los estereotipos y los prejuicios, manifiestan una realidad deformada y esquematizada.

En nuestra sociedad, los mitos, prejuicios y estereotipos han inducido la formación de actitudes negativas frente al proceso de envejecimiento y por ende frente a las personas adultas mayores. Los prejuicios negativos basados en la edad cronológica y algunas características como aumento de fragilidad, problemas crónicos de la salud, incapacidad física o mental, recursos financieros inadecuados y pérdidas sociales; son denominados como gerofobia, puede diferenciar tres tipos:

- Gerofobia social: Se manifiesta en forma de retiro forzoso, políticas discriminatorias en los servicios de cuidado de la salud y en los beneficios de seguros sociales limitados en función de la edad.
- Gerofobia profesional: Se encuentra cuando los profesionales de ayuda tratan a las personas adultas mayores como niños.
- Gerofobia comunal: Se refleja en la falta de atención comunal a las necesidades de los adultos mayores y en mejores servicios sociales, recreacionales y de salud, para todos menos para este grupo etáreo. <sup>(72)</sup>

El medio social es el que crea la imagen de la gente en edad avanzada a partir de sus normas y de los ideales humanos que persisten en cada época. Las sociedades modernas basan su cultura en el trabajo y el consumo, por lo cual están orientadas hacia los valores de la juventud. Actualmente, la vejez se concibe como un proceso desfavorable, inmanejable y que merma en la productividad y actividad de los individuos. Algunos mitos de la vejez son:

- Mito de la senilidad: Supone que la vejez y la enfermedad van juntas de la mano. Es decir que al llegar a los 60 años, el camino es “cuesta abajo” y en cualquier momento la persona enfermará. También se relaciona al deterioro mental.
- Mito del aislamiento social: Se asume que las personas adultas mayores se sienten miserables y que lo mejor para ellos es el aislamiento de la vida social. Otra conjetura errónea es que la persona de edad avanzada busca a menudo el reposo, la inactividad, la soledad y la espera pasiva del final.
- Mito de la inutilidad: Se basa en que los adultos mayores tienen poco valor en las sociedades capitalistas debido al decaimiento de su fortaleza física, lo que los motiva al retiro o jubilación. Nace de la sociedad que se basa en la producción y la ganancia.
- Mito de la asexualidad: Se cree que las relaciones sexuales no son a partir de los 60 años y que las personas adultas mayores son asexuales. Este prejuicio es notorio con términos como “viejo verde” o “vieja dama indigna”, la molestia de los familiares de los adultos mayores por su decisión de formar nuevas parejas y la caricaturización en los medios televisivos de la sexualidad a esta edad.
- Mito de la inflexibilidad: Se asume que las personas adultas mayores son tercas, inflexibles y cascarrabias.

Rectificar la actual imagen negativa de la vejez es, pues, una tarea cultural y educativa que debe comprometer a todas las generaciones. Por otra parte, existe la responsabilidad con las generaciones futuras, que consiste en preparar un contexto humano, social y espiritual en el que toda persona pueda vivir con dignidad y plenitud esa etapa de la vida. La solidaridad intergeneracional es un valor elemental para guiar las acciones de enfermería dirigidas a las personas mayores, de modo que es indispensable desarrollar actitudes de respeto, apoyo, estímulo e intercambio entre generaciones para promover un envejecimiento activo.

Es oportuno destacar la importancia pedagógica del concepto de educación intergeneracional como aquel proceso que contribuye a superar esta imagen y procura fomentar la confianza mutua y el respeto a la diversidad y a la diferencia, a la pluralidad de valores, costumbres e identidades individuales o colectivas, a competencias, ritmos y niveles, a desarrollos y actitudes, en busca del conocimiento mutuo entre los distintos grupos generacionales.

La poca preparación de la sociedad para el envejecimiento y el desconocimiento de las características de este segmento de la población, impiden la aceptación de la vejez. De esta forma, el adulto mayor padece discriminación, segregación, opresión y a veces exclusión de la sociedad y del estado. <sup>(73) (74)</sup>

## **b.2 Hostilidad Familiar**

En el ámbito familiar, las actitudes de hostilidad van desde la sobreprotección hasta el maltrato en todas sus variantes. La dependencia

(económica, emocional y física) y el temor a sufrir daños mayores hacen que muchas víctimas de maltrato no denuncien a su victimario que en muchos casos son sus propios hijos o familiares. En muchas ocasiones, estos adultos mayores se encuentran indefensos o en situaciones de aislamiento, convirtiéndolos en sujetos perfectos para toda forma de abuso. Estos factores influyen directamente en su calidad de vida y, especialmente en su autoestima. Por otra parte, la soledad y el aislamiento constituyen uno de los mayores miedos de este grupo etáreo, lo que puede llevarlos a aceptar condiciones absolutamente injustas e indignas para ellos. <sup>(75)</sup>

En el marco del Día Internacional de la Toma de Conciencia Contra el Abuso y Maltrato en la Vejez, que se celebró el 15 de junio; el Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social reveló que más de 6 000 adultos mayores, víctimas de maltrato fueron atendidos en los Centros de Emergencia Mujer (CEM), entre el 2002 y el 2007.

De los casos notificados y atendidos en los CEM, el 99% de los agresores fue un familiar o pariente. El 27% denunció maltrato por parte de la pareja actual, siendo en este caso la mujer la principal víctima, mientras que el 47% representa los casos de violencia filial (maltrato de los hijos hacia los padres). La mayoría de adultos mayores (73.8%) que denunció un caso de maltrato y busco ayuda en los CEM, tenía entre 60 y 74 años aunque, también se han registrado centenarios, víctimas de maltrato. El 35.2% de estos casos han sido reportados en Lima y Callao, por ser las zonas con mayor densidad poblacional de personas adultas mayores; y le siguen los departamentos de Puno, Junín, Cusco, Huanuco, Apurímac y Ayacucho.

Según los datos del Programa Nacional Contra la Violencia Familiar y Sexual (PNCVFS) del MIMDES, el tipo de violencia que mayoritariamente se ejerce contra los adultos mayores es el maltrato psicológico (95%), siendo la agresión mas frecuente los insultos (85%), seguidos de la humillación y desvalorización (66.3%), amenazas de muerte (40%) y rechazo (48.8%). Sin embargo, los adultos mayores también son víctimas de la violencia física, siendo las formas más frecuentes: las bofetadas, empujones, puntapiés y puñetazos. Además se han registrado algunos casos de violencia sexual por violación, tocamiento en contra de su voluntad, acoso o chantaje sexual. Dentro de los motivos de la violencia se encuentran: la actitud de parte del agresor/a en el extremo de querer “controlar su vida”, carácter dominante e impulsivo del victimario, motivos económicos, motivos familiares, celos e infidelidad.

Otra forma de maltrato es por abandono, o también llamado maltrato por descuido o por negligencia, donde no se atienden las necesidades de alimentación, salud y afecto que las personas adultas mayores requieren. El Código Civil tipifica la obligatoriedad de “alimentos” (incluye alimentos, vestimenta, vivienda, salud, servicios básicos) que tienen los ciudadanos para con sus ascendientes.

Frente a estos hechos de violencia contra las personas adultas mayores, el MIMDES trabaja permanentemente campañas de sensibilización orientadas a generar prácticas de tolerancia y respeto frente a esta población vulnerable. <sup>(76)</sup> <sup>(77)</sup> <sup>(78)</sup>



Un adulto mayor que ya ha cumplido con su vida laboral útil, persona no productiva económicamente, se transforma en una carga potencial de gastos para la familia a la que pertenece. Esta situación crea una ruptura en los planos afectivos, de comunicación, interacción como ser social, dentro de un grupo familiar social y repliega o desplaza al adulto mayor a un "rincón" del hogar, reduciéndose su mundo social y generando abandono familiar social, aislamiento transformación o cambios en los lazos afectivos, cambios bruscos en los estadios de animo, etc. En casos extremos, se les hace sentir como "estorbos", haciendo que sus últimos años los pasen en una casa de reposo, asilo o albergue.

En otros casos, el adulto mayor es desplazado en el apropiamiento del hogar y en forma paulatina sus opiniones son ignoradas o se produce un ambiente de agresión (física, verbal y psicológica). Si la persona adulta mayor pertenece a un grupo familiar extenso y vive periodos cortos con distintos familiares, lo hace sentir una carga. Esta circunstancia lo lleva a estados de depresión, desequilibrio emocional, rechazo y el estado anímico decae, llevándolo a cuadros depresivos y deseos de morir.

La Fundación Nacional de la Familia considera a la familia como el espacio donde se estructuran las primeras relaciones intergeneracionales y de género, se desarrollan pautas morales y sociales de conducta, donde se vive la gratuidad, la solidaridad y la cooperación, en concordancia con el desarrollo individual y la realización personal. <sup>(79)</sup>

El principal sistema de apoyo de soporte del adulto mayor es la familia, la cual le brinda apoyo social, funcional, económico o material, afectivo y asistencia en diversas formas. Vivir ligado a su familia, le

permite al adulto mayor fortalecerse emocional y afectivamente. Por tanto, la familia debe ser la mejor garantía para el bienestar físico y espiritual de sus miembros de más edad brindando protección y garantizando un rol activo y la elevación de la autoestima de los adultos mayores. <sup>(80)</sup> <sup>(81)</sup>

Algunas personas adultas mayores explican que “tienen” que vivir con un/a hijo/a y que la convivencia con algunos nietos/as no resulta fácil, pues esta gente joven tiende a minimizar el conocimiento y la experiencia de las personas mayores, especialmente los que han alcanzado un alto grado de instrucción pues consideran que ya lo saben todo y pueden llegar a burlarse de los abuelos. <sup>(82)</sup>

Lamentablemente, las condiciones de pobreza y pobreza extrema que marcan al país, hace que las familias consideren en muchos casos a sus familiares mayores de 60 años como una carga y dentro de ellos, las mujeres son mejor aceptadas al interior de las familias, porque se les considera más útiles para apoyar en la crianza de los hijos y para hacerse cargo de las tareas domésticas, mientras los padres y madres salen a trabajar fuera del hogar. Sin embargo, en los estratos socioeconómicos no pobres hay una ligera tendencia de llevar a sus antecesores en las llamadas Casas de Reposo o Albergues privados, con la finalidad de tenerlos fuera de casa. <sup>(83)</sup>

### **c. Cambios en la identidad personal**

Para James, la identidad personal es el sí mismo que incluye las posesiones y materiales del individuo, en el sí mismo social y el sí mismo intrapsíquico.

Para Laing, la identidad es el sentido que un individuo da a sus actos, percepciones, motivos e intenciones, y por lo que uno siente que es “él mismo”, en este lugar y en este tiempo, tal como en aquel tiempo y en aquel lugar pasados o futuros, es aquello por lo cual se es identificado. El mismo autor expresa que la identidad esta sellada por los rituales de confirmación, los cuales confirman y unifican el concepto que cada persona tiene sobre sí mismo. Para él, la identidad es una fuente de fortaleza de tipo ideológico, que proporciona un sistema de ideas que brinda una imagen del mundo convincente. “La identidad incluye un sentido de futuro anticipado”.

Por otro lado, Frankl expone que “la búsqueda por parte del hombre del sentido de la vida constituye una fuerza primaria no una “racionalización secundaria” de sus impulsos instintivos”. Para él, la identidad sería el motor que impulsa al hombre a actuar, a sentir y que le dota de un concepto unificado del mundo y de él mismo. Este sentido es único y específico ya que uno mismo es quien tiene que encontrarlo, únicamente así logra alcanzar el hombre un significado que satisfaga su propia voluntad de sentido.

Para Fitts (1965), la identidad es uno de los principales factores que describen la percepción que una persona tiene de sí misma. Los otros factores serían el self físico, el self ético-moral, el self personal, el self social, la autoaceptación y el comportamiento.

Según Erikson (Seil 1976), un sentido de identidad es la resultante de la habilidad del individuo para integrar sus identificaciones iniciales,

parciales y variadas. La consecuencia de este proceso integrativo es un sentido de la rectitud acerca de lo que se está haciendo y un sentimiento de comodidad acerca de que quién se es. Finalmente, la identidad personal indica la capacidad que posee una persona para integrar su autopercepción e imagen que tiene del mundo, con sus actos. El poseer una identidad personal bien integrada presupone tener un conocimiento claro y preciso de nuestras capacidades, intereses, actitudes, objetivos, normas y valores. Es el saber quienes somos y estar a gusto con ello, el conocer que queremos y luchar por obtenerlo dentro de las reglas que nos dictan nuestras propias normas y valores. <sup>(84)</sup> <sup>(85)</sup>

La imagen de sí mismo se ve ante todo, supeditada a ciertos factores que no dependen, primordialmente, de la edad. Se han comprobado otras correlaciones entre la imagen de sí mismo y el estado de salud o con la interacción social.

Una de las grandes necesidades propias del ser humano es la de satisfacer su sentimiento de identidad. El adulto mayor necesita formarse un concepto de sí mismo y tener conciencia de independencia individual (estar consciente de que él y su vecino son personas diferentes, y ser capaz de vivir como el protagonista de sus acciones). Sin embargo, la mayoría de personas cubren esta necesidad con la religión o el "status" social. En la medida que el individuo no es diferente al resto, la sociedad lo calificará como una persona "normal" y producirá la formación de una identidad impersonal, donde el individuo se conforma con las opiniones y las ideas de la mayoría. <sup>(86)</sup>

Según Laforest, citado por José Carlos Bermejo, la crisis de identidad que enfrenta un adulto mayor viene dada especialmente por el conjunto de pérdidas irreversibles y poco susceptibles al cambio, que se van experimentando de manera acumulativa y que inclinan a la persona hacia una modificación de expectativas y creencias, que pueden causar desilusión por la propia vida o el deterioro del propio autoconcepto y autoestima. Esto es producido por un alejamiento entre el yo ideal y el yo real del adulto mayor. Además, la imagen de sí mismo queda afectada por los estereotipos que determinan su comportamiento real. Tal situación demanda la comprensión del significado específico que cada pérdida (orgánica, psíquica, familiar, económica, afectiva, laboral o de otra índole) tiene para el adulto mayor. <sup>(87)</sup>

El retiro laboral es un paso que implica hacer ajustes tanto individual como familiarmente. En el nivel individual, la pérdida de un papel ocupacional puede exigir un nuevo ajuste en el autoconcepto pues influye en la sensación de sentirse útil y productivo ya que perder la oportunidad de trabajar implica para muchos, la sensación de vacío y falta de propósito en la vida. <sup>(88)</sup>

La carencia de una definición sociocultural del conjunto de actividades que serían específicas de las personas adultas mayores les hace sentirse improductivos, inútiles y sin reconocimiento social. La falta de tareas específicas conlleva la dificultad para saber en qué concentrar los esfuerzos y en qué volcarse para actualizar las propias potencialidades. Cada individuo que envejece debe crearse un personaje e improvisar su actuación, haciendo que pocos lo logren y otros se resignen al estrecho mundo de las cuatro paredes del hogar. <sup>(89)</sup>

El aspecto positivo de una vejez activa es que intenta conservar la independencia, libertad de acción e iniciativa de los adultos mayores, de manera que sea capaz de tomar el mayor número de decisiones, sin desconocer que la mayoría de personas en edad avanzada es menos capaz de ejercer su independencia, tiene menos eficiencia en su trabajo y es más vulnerable a las enfermedades. <sup>(90)</sup>

Según E. Azpitarte, por encima de todas las posibilidades y ayudas al adulto mayor que se siente solo, la persona adulta mayor tiene una tarea que hacer consigo mismo: la de creer que lo que más vale no es lo que hace, sino que, su aparente pasividad e inutilidad puede convertirse en un verdadero valor: ser capaz de ser testigo de los valores humanos para las personas que le rodean. <sup>(91)</sup>

José Cagigal, citado por Zavala, menciona que:

*La persona adulta mayor ha de tomar una actitud positiva en la vida y la primera de estas actitudes básicas es aprender a ser uno mismo, aprender a saber vivir consigo mismo, a conocerse tal y como uno es, con sus dimensiones reales, espaciales, temporales, corporales, espirituales.*

Esta expresión sintetiza todos aquellos puntos necesarios para una reconceptualización y revalorización de la edad adulta tardía como una etapa normal de la vida del ser humano, con sus características propias y definidas y que llevan inmersa la posibilidad de prepararse para la vejez. Esto implica esencialmente, asumir y resolver la aceptación de la edad, una redefinición de roles, la búsqueda e identificación de formas alternativas para el cese de ingresos y, la revisión de vida y establecimiento de nuevas metas. <sup>(92)</sup>

Respecto al tema, la *teoría de la actividad* sostiene que debe haber una restitución de roles o actividades perdidas para que un adulto mayor se enfrente a las pérdidas asociadas a la vejez, preservación de la moral y aumento de la autoestima. Siendo así, a mayor número de roles o actividades opcionales que posea la persona según entra a la edad avanzada, mejor resistirá los efectos desmoralizantes de salir de los roles obligatorios a los que ordinariamente se les da prioridad en la vida adulta (Blau, 1973). Para envejecer exitosamente, la persona en edad avanzada debe mantener un nivel de actividad parecido al de la edad mediana o sustituir roles o actividades. De modo contrario, la inactividad se relaciona a bajos niveles de felicidad, poco sentido de suficiencia y un ajuste inadecuado a la vejez. <sup>(93)</sup>

#### **d. Cambios en la identidad social**

La identidad social es la consecuencia de definir el yo desde la pertenencia a una determinada categoría social (Ej. "Soy católico") mientras que la *identidad personal* es el resultado de la descripción del yo desde particularidades personales. Se sostiene que la identidad social y la personal marchan, habitualmente, de forma alternada, de tal manera que cuando una de ellas se activa, excluye o hace pasar a un segundo plano a la otra.

En la obra de Tajfel (1983), la identidad social y la identidad personal surgen como extremos de un continuo bipolar. Sin embargo, poco a poco se fue asignando la concepción de que la identidad personal y la social representan niveles diferentes de inclusividad de la categorización del yo. Para el autor, los rasgos con los que un grupo se

identifica parten, no solo de su propia creación sino también de la que el exogrupo le atribuye, y es esto esencialmente lo que parece estar ocurriendo en nuestra realidad. La identidad social, cuya una de sus expresiones es la identidad grupal, se concreta como el conjunto de aquellos aspectos de la autoimagen y la evaluación de ésta que se derivan de su pertenencia a grupos sociales relevantes para ellos, y a su vez gran parte de esa autoimagen en las comparaciones con otros grupos que están en el medio. <sup>(94)</sup>

El ser humano es un ser social por naturaleza, desde que nace hasta que muere. Necesita de los demás para vivir. Su condición de fragilidad le hace solidario a la vez y le pone en comunicación con los otros, no sólo para subsistir, sino también para evolucionar hacia la realización personal: ser quien realmente es. Pero la realización de nuestro ser social se ve facilitada en los diferentes momentos de la vida por diversas situaciones: el ser niño, el proceso de socialización y educación, la familia u otras opciones de convivencia, el ejercicio del rol profesional, el trabajo, etc.

Según Bermejo, la crisis de pertenencia se experimenta particularmente por la pérdida de roles y de grupos a los que la vida profesional y las capacidades físicas y de otra índole permitían adoptar en el tejido social. <sup>(95)</sup>

Para Doise, la identidad social del sujeto se forma a partir de las características que posee su grupo social, tal como estas están definidas por las categorizaciones sociales presentes en los estereotipos y representaciones sociales dominantes. <sup>(96)</sup>



La participación social es un derecho individual que permite interactuar, intervenir, tomar decisiones y adoptar valores y códigos propios de una acción colectiva con la finalidad de lograr un objetivo común. La participación está ligada “al reconocimiento de identidad que todo ser humano tiene”. Si el adulto mayor no asume algún nivel de participación y/o los negocia, éste se mantiene en una situación de dependencia, con un rol pasivo de exclusión social. Debido al proceso de involución biológica y las pérdidas, la identidad social del adulto mayor se transforma a veces en sentido negativo, se degrada en virtud del cambio de papeles, pues la sociedad da gran importancia a la productividad, utilidad, logro y autonomía. <sup>(97)</sup>

En 1965, la *teoría de la subcultura* de Arnold Rose, sostenía que se generaría una subcultura cuando las personas de edad avanzada interaccionan más entre sí que con miembros de otra categoría de edad, manteniendo su percepción del yo e identidad social. La subcultura surge como resultado de la afinidad positiva que se establece entre un alto número de personas adultas mayores que aún se mantienen lo suficientemente saludables y activas como para interactuar entre sí, y por la discriminación que excluye a este mismo grupo de edad de relacionarse con otras generaciones. <sup>(98)</sup>

#### **e. Cambios en los roles sociales**

Gregory Stone afirmó que la identidad establece el qué y el dónde se encuentra la persona en términos sociales. Cuando alguien tiene identidad, se le sitúa dentro de la sociedad mediante el reconocimiento de

su participación dentro de las relaciones sociales. Dicho reconocimiento de su participación es dado por los otros miembros de la sociedad.

Rosow con su *teoría de roles* proponía que la tecnología y la modernización afectaban la posición de los adultos mayores en la sociedad arriesgándolos a una pérdida de roles. El proceso de socialización asignaba posiciones a las personas y especificaba los roles y status. Ya que la fuente principal de status era la ocupación y el trabajo, la vejez se consideraba una etapa de vida sin roles, manifestándose en actitudes de indiferencia y exclusión de participación social.

El "funcionamiento" de una persona en sociedad es factible de medir a través de su desempeño, en los distintos roles sociales que le corresponde ejecutar. El rol social se refiere a un modelo específico que incluye funciones, normas, comportamientos y derechos definidos social y culturalmente que se esperan que una persona (actor social) cumpla o ejerza de acuerdo a su estatus social adquirido o atribuido dentro de una colectividad. En todo grupo hay miembros de diversos status (superior o inferior) y a cada status corresponde un rol. El desempeño de un rol social determinado adquiere gran relevancia, por cuanto es el mecanismo que permite la integración de una persona al sistema social en el cual se inserta, es decir que el adulto mayor debe acostumbrarse a su nuevo rol. Si el individuo no desempeña su rol de la forma esperada, corre el riesgo de ser sancionado. Este temor a la sanción hace que el adulto mayor acepte el retiro laboral obligatorio.

La adaptación del adulto mayor a su nueva condición varía de acuerdo a ciertas circunstancias. El jubilado cuya salud es relativamente

mala, acepta con mayor facilidad el retiro, mientras que el jubilado que, dado su estado de salud, podría volver a su antiguo trabajo, se siente mal al verle eso imposible. El adulto mayor que pasó voluntariamente a la situación de jubilación manifiesta una mejor adaptación que las personas que se vieron forzadas al cese de su actividad profesional. Mientras el rol del *jubilado* se asocia con deterioro y bancarrota, más de un trabajador se resistirá a asumir voluntaria y anticipadamente este rol de *viejo*, aún cuando ello sea deseable. <sup>(99)</sup> <sup>(100)</sup>

El alejamiento de la vida profesional supone algo más que el cese en una actividad más o menos valorada. Entre otras cosas, constituye cambio en la trayectoria vital de los individuos que implica la pérdida de un rol importante, una profunda alteración en los quehaceres cotidianos y la adopción de un nuevo rol, con otras expectativas de comportamiento, una reestructuración del campo social, incluida la reestructuración de los contactos familiares, y supone ciertas modificaciones en la economía personal y un desplazamiento de los compromisos e intereses personales del mundo del trabajo al del tiempo libre que queda abierto a la iniciativa propia. Además, las relaciones sociales que antes se establecían alrededor del trabajo, deben orientarse en adelante hacia nuevos horizontes. <sup>(101)</sup>

La *teoría de separación, retraimiento o desarraigo*, cuyos máximos exponentes fueron Elaine Cummings y William Henry, propone que la separación o retraimiento es el proceso por el cual el individuo va separándose o retirándose gradualmente de los roles y actividades que ha ocupado en la sociedad, situación que mantiene estable a la sociedad y con un funcionamiento cohesivo. El envejecimiento cambia las necesi-

dades psicosociales básicas del individuo, cambiando de una participación activa a una contemplación inactiva acerca del significado de la vida ante la muerte inminente. Se sugiere que las personas están listas para la separación cuando se dan cuenta del corto periodo de tiempo que les resta por vivir y cuando perciben que van perdiendo energía y vitalidad para mantener los roles y relaciones sociales de edades previas. <sup>(102)</sup>

Matilde Riley desarrolló la *teoría de la estratificación social* que explica que el proceso de estratificación y el curso del ciclo de vida produce estratos por edad o generaciones que determinan las funciones sociales y quién las desempeña. Las personas interactúan entre sí como miembros de una cohorte y de una generación y no, como individuos. <sup>(103)</sup>

#### **f. Pérdida de prestigio**

Una sociedad capitalista se basa en la producción material y la ganancia, en la cual se vale por lo que se produce y mientras más se produce más poder se posee.

El trabajo es una parte vital de las actividades del diario vivir de la gente en todas las sociedades y culturas porque no sólo es una forma de ganar dinero, sino puede ser usado como una fuente de poder, posición social, prestigio social o seguridad. La sociedad valoriza al hombre por sus logros y efectividad económica. Por tanto la jubilación es sinónimo de “no hacer nada” o “no ser nadie”. No estar activo en el trabajo remunerado representa un bajo nivel de productividad y contribuye a una pérdida de prestigio; gracias a la cual la persona adulta mayor se siente como una carga de la sociedad. Es la misma sociedad quien margina a las personas

de edad avanzada de las corrientes de la producción al obligarle al retiro o jubilación. Esto actúa como una barrera que deja afuera del círculo a todos aquellos que al cumplir los 60 años engrosan las filas de los llamados “pasivos” y “no productivos”. <sup>(104)</sup> <sup>(105)</sup>

La *teoría de la modernización* desarrollada por D. Cowgill y L. Holmes, sostiene que la posición de prestigio social de las personas adultas mayores se relaciona inversamente con la modernización y el nivel de industrialización de la sociedad. La pérdida de la posición de prestigio social de la vejez es una característica estructural de las sociedades modernas donde hay pérdida inevitable de poder y status de los adultos mayores. <sup>(106)</sup>

Aunque el adulto mayor suele ser más lento en los procesos de adaptación, es cierto que su experiencia, su capacidad de relativizar las cosas, el saber juzgar objetivamente, la sabiduría procedente de su experiencia, entre otros, podría permitirle mantener un rol social. En el documento del Pontificio Consejo para los Laicos sobre la dignidad del adulto mayor y su misión en la iglesia y en el mundo, se citan los carismas propios de la vejez: la gratuidad, la memoria y el sentido de la historia, la experiencia de vida acumulada a lo largo de su existencia, la interdependencia, y una visión más completa de la vida con valores como la sabiduría, el cultivo de la interioridad, la importancia del ser frente al sólo hacer, el valor dado a la amistad, a la prudencia, entre otros. <sup>(107)</sup>

La solución a esto consiste en mejorar la imagen de las personas adultas mayores, eliminando mitos y estereotipos negativos del envejecimiento y revalorar el aporte de las personas adultas mayores dentro de la

vida, dinámica y economía del hogar, haciéndolos sentirse útiles y en la posibilidad de opinar y decidir en acuerdos familiares y promoviendo su integración a través de la generación de espacios integradores e intergeneracionales en la comunidad. <sup>(108)</sup>

## 2.3 ACTITUDES HACIA EL ENVEJECIMIENTO

Eysenck, expresa que las actitudes son:

*“Una disposición evaluativo relativamente duradera hacia un objeto de vida relativamente constante con respecto a cierta cosa ya sea neutral, desfavorable, favorable”* <sup>(109)</sup>

Krherh D., el famoso psicólogo social refiere al respecto:

*“Las respuestas sociales del individuo dependen de sus actitudes, sus sistemas duraderos de valoración positivas o negativas, sus sentimientos y sus tendencias en pro o en contra a determinados fenómenos sociales”.* <sup>(110)</sup>

Las actitudes son disposiciones psicológicas adquiridas y organizadas, relativamente estables, que establecen una tendencia a responder (sentir, pensar, percibir y comportarse) de una manera positiva o negativa frente a determinadas personas, objetos, conceptos, temas o situaciones. <sup>(111)</sup> <sup>(112)</sup> También podrían definirse como los filtros a través de los que percibimos la realidad o como el mapa que utilizamos para andar por el mundo. Pero las actitudes no son ni verdad ni mentira, sino una forma de entender una determinada situación. Newcomb Theodore enfatiza que la actitud es una forma abreviada de manifestación orientada hacia los objetos, estímulos con base a las vivencias, experiencias y la relación con el medio ambiente. <sup>(113)</sup>

Según Gagné, hay 5 variedades de capacidades que pueden ser aprendidas: destrezas motoras, información verbal, destrezas intelectuales, estrategias cognoscitivas (destrezas de organización interna en relación a su atención, lectura, memoria, pensamiento, entre otras) y las actitudes. Estas últimas consideradas como un "estado interno" pero medible sólo a través de la conducta manifiesta. <sup>(114)</sup>

Algunas características de las actitudes es que son aprendidas, son relativamente estables, implican una relación entre el sujeto y el objeto de la actitud e influyen en el comportamiento.

Existen diferentes teorías que explican la formación de las actitudes. Entre ellas tenemos:

- Teoría del aprendizaje: Según esta teoría, las actitudes se aprenden del mismo modo en que se aprende todo lo demás. Al aprender información nueva, aprendemos sentimientos, pensamientos y las acciones relacionados a ella. A mayor refuerzo o recompensa, el aprendizaje perdurará. De esta forma, el ser humano es un ser pasivo cuyo aprendizaje dependerá del número y fuerza de los elementos positivos o negativos previamente aprendidos.

Las actitudes pueden aprenderse tempranamente pero el periodo crítico en la formación de actitudes se da entre los 12 y 30 años de edad. A partir de los 30 años de edad, las actitudes son bastante estables y persistentes, pues hay una tendencia al conservadurismo durante la edad adulta. Durante el desarrollo de la persona, las actitudes se aprenden por experiencia directa con el objeto de la actitud o por la imitación de modelos captados por la educación que

puede ser formal (universidades, escuela, institutos) o informal (grupo familiar, medios de comunicación, amigos, etc).

- Teoría de la Consistencia Cognitiva: Esta teoría sostiene que la incoherencia entre dos estados de conciencia hace que las personas se sientan incómodas. En consecuencia, cambian sus pensamientos y/o acciones para ser coherentes. El aprendizaje de nuevas actitudes se crea, relacionando la nueva información con alguna otra información que ya se conocía. De esta forma, se desarrollan ideas o actitudes compatibles entre sí.
- Teoría de la disonancia cognitiva: Festinger sostiene que si se tienen dos ideas, actitudes u opiniones incompatibles entre sí, y surge un estado de disonancia cognitiva o desacuerdo, se produce un conflicto que nos impulsa a construir nuevas actitudes o a cambiar las actitudes ya existentes. <sup>(115)</sup> <sup>(116)</sup>

Es decir que la formación de actitudes se realiza de diversas maneras: la conformidad (ante una práctica común o por la presión social el individuo se conformara temporalmente en una actitud), la identificación (cuando la persona responde de una manera predeterminada a partir de la experiencia lograda) y la internalización (aceptación absoluta de una actitud ya que tiene congruencia con sus creencias y valores básicos).

Cuando se confunden las actitudes con la realidad, se le cierran las puertas al cambio y las actitudes se solidifican. Cuanto más rígidas sean las creencias, menos disposición a aceptar los datos que contradigan las



creencias o a considerar puntos de vista alternativos, y más difícil será el descubrimiento de maneras distintas de actuar.

Los autores consideran que las actitudes tienen 3 componentes:

- Componente cognoscitivo: se refiere al conjunto de conocimientos. Todas las creencias acerca de un objeto se incluyen en este componente pero los juicios de valor son más importantes para la actitud como concepto de disposición, pues abarcan las creencias acerca de las cualidades deseables o indeseables, aceptables o inaceptables y buenas o malas.
- Componente afectivo o emocional: es la medida en la cual se asocian emociones positivas o negativas y sentimientos hacia el objeto de la actitud que es vivenciado como placentero-displacentero, expresando gusto-disgusto, alejamiento-acercamiento, amor-odio, entre otros.
- Componente reactivo, conductual, conativo o volitivo: es la inclinación o disposición a actuar de una manera determinada ante el objeto de la actitud. Es el componente con tendencia la acción.

Las actitudes tienen propiedades características según Calenzani:

- Dirección: Señala el modo de sentir de las personas hacia el objeto y cuya orientación puede ser positiva o de tendencia de acercamiento hacia el objeto, o negativa donde hay predisposición a evitar el objeto.
- Intensidad: Indica la fuerza de los sentimientos que entraña la actitud y determina el grado de intensidad con que se reacciona frente al objeto de las actitudes. Es decir, el grado de sentimiento representado.
- Coherencia: Es cuando una actitud tiene correspondencia con ciertas circunstancias o situaciones a las que el sujeto enfrenta.

- Claridad: Carácter de claridad o nitidez por el sujeto u objeto de la actitud.

En realidad, la actitud se describe casi completamente con la dirección y la intensidad, aunque entrañan más su componente afectivo. <sup>(117)</sup>

Las actitudes se pueden clasificar en:

- Actitud de aceptación: Cuando la propia conducta contribuye a una relación en la que predomina la aceptación, estimación, apoyo, estimulación, comprensión, ayuda y cooperación. Sus manifestaciones se notan en comportamientos como ir hacia; buscar el contacto, respuestas que se presentan como actos de aproximación, “estar de acuerdo”; es decir, el sujeto muestra cierta tendencia de acercamiento hacia el objeto.
- Actitud de rechazo: Cuando una actitud es negativa se presenta el recelo. Este recelo genera distanciamiento, aislamiento, desconfianza y agresión como mecanismo de defensa para anticipar o detener la intensidad provocada por un estímulo frustrante.
- Actitud de indecisión o indiferencia: Es un sentimiento de apatía, una predisposición aun no definida que traduce ambivalencia entre la aceptación y el rechazo donde prevalece el desinterés, la rutina y en muchos casos el aburrimiento. <sup>(118)</sup>

Boninger, Krosnick y Berent (1995) mencionan tres factores claves en la determinación de la importancia de una actitud. Estos son:

- **Interés Propio:** Medida en la que las actitudes afectan a la vida de los individuos, sus objetivos y comportamiento. A mayor impacto en el interés propio del individuo, mayor es la importancia de la actitud.

- **Identificación Social:** Se refiere a la intensidad con que las actitudes afectan a los grupos con los que se identifican las personas. Cobra mayor importancia, cuanto mayor sea la medida en la que la actitud es mantenida por un grupo en lo que se identifica un individuo.
- **Relevancia de Valores:** Medida en la que la actitud esta relacionada con valores personales. A mayor relación entre una actitud y los valores personales de un individuo, mayor es su importancia. <sup>(119)</sup>

### 2.3.1 La actitud como un predictor de la conducta

La mayoría de psicólogos sociales concuerdan en que conocer las actitudes de las personas es predecir sus acciones. Una idea diferente fue sostenida por León Festinger en 1964, la cual proponía que la relación actitud – conducta funciona de manera opuesta, es decir que las conductas determinan las actitudes.

Para Sarasa, Cañizares, Rodríguez y Sosa, las actitudes son el elemento más estable de las tendencias motivacionales y constituyen la expresión más integral de la personalidad. <sup>(120)</sup> De acuerdo a esto, el conocimiento acerca de las actitudes permite predecir el comportamiento del individuo en el campo laboral así como en otros aspectos de su vida. Por lo tanto, las actitudes son relativamente estables pero sujetas a cambios, y cualquier variación en uno de sus componentes es capaz de modificar los otros. <sup>(121) (122)</sup>

Young expresa en sentido estricto, que la actitud es una tendencia a la acción, es decir una forma de respuesta que puede ser el comienzo de la acción. <sup>(123)</sup>

La actitud, es la variable más estudiada en psicología social debido a que constituye un valioso elemento para la predicción de conductas. Para poder llegar a prever una conducta social, tenemos que conocer muy profundamente las actitudes. Robert Dilts apoya la idea de que las actitudes filtran nuestra percepción y además brindan pautas de conducta. <sup>(124)</sup>

Las actitudes orientan los actos y predicen nuestras conductas si las influencias externas sobre lo que se dice o hace (opiniones ajenas, prejuicios o satisfacción de necesidades), tienen una mínima incidencia. Esto es debido a que las personas tienden a escuchar a los que lo rodean por su necesidad de pertenencia.

Una actitud inconsciente puede ser activada por una determinada situación y puede guiar la manera en que se percibe y reacciona ante algún acontecimiento. Esto sólo sucederá si la actitud es específica para la acción, si se obtuvo de una forma que la hace fuerte o se la reforzó.

Cuando se intenta cambiar la conducta de las personas, es necesario centrarse en cambiar las actitudes. Por eso, los padres intentan influir en la conducta de los hijos así como los maestros intentan influir en sus alumnos.

Los psicólogos diferencian dos formas de cambiar las actitudes:

- Naturaleza cognitiva: se utiliza en las personas motivadas y que saben bien que desean. Esta es una forma muy útil y esta nueva actitud durará mucho tiempo.

- Naturaleza afectiva: Esta forma de cambio no es tan clara como la cognitiva, sino que intenta producir un cambio mediante claves. El cambio de actitud es temporal.

El supuesto de que las actitudes están funcionalmente relacionadas con las acciones relevantes a la actitud es un artículo de fe fundamental en psicología social. Si esto no fuera así, trabajar en el concepto de actitud sería poco más que una diversión.

La psicología social actual mantiene el supuesto de que las actitudes fuertes inciden en la conducta, pero las fuentes de variación contextual, inter- e intra-psíquica afectan drásticamente a la fuerza de esa relación. Petty y Krosnick sostienen que las actitudes fuertes son persistentes, resistentes al cambio y se manifiestan en la conducta con más probabilidad que las débiles. De esto radica la importancia que tiene para la investigación actual, identificar características que afecten a la fortaleza de las actitudes.

Un factor que influye claramente en la fuerza de las actitudes y, en consecuencia, en la consistencia actitud-conducta, es el auto-interés o interés personal. De este modo, el objeto de una actitud que tiene importantes consecuencias personales percibidas debe juzgarse como sumamente personal.

Las actitudes muy personales están funcionalmente relacionadas con la conducta. Para Sivacek y Crano proponen el planteamiento del interés personal, la cual nos dice:

*“...la consistencia actitud-conducta (A-C) llegará al máximo cuando las conductas sugeridas por una actitud específica tengan una importancia clara y evidente para el individuo. Si la consecuencia lógica de la actitud del individuo afecta realmente a la vida de la persona, entonces la consistencia entre actitud y acción será máxima...” (125)*

### **2.3.2 Factores que influyen en las actitudes hacia el envejecimiento**

La naturaleza del contacto previo con personas adultas mayores, predicen la dirección de las actitudes hacia envejecimiento. Un individuo que tiene vivencias o experiencias agradables y/o positivas, es decir ha vivido el aspecto positivo del envejecimiento, tendrá una actitud positiva hacia este proceso. Así mismo, la convivencia con ancianos facilita el que la imagen de persona de edad avanzada sea menos negativa.

Sin embargo, los mitos, prejuicios y estereotipos distorsionan la imagen del adulto mayor. Fuera de eso, en los jóvenes determinan una negativa actitud de expectativa ante el envejecimiento.

Robert Butler acuñó el término gerofobia, el cual describe los prejuicios negativos y estereotipos hacia las personas adultas mayores por la única razón de la edad. Estas actitudes negativas se creen que surgen del miedo de las generaciones jóvenes al envejecimiento y de su rechazo a lidiar con los retos económicos y sociales que están relacionados al incremento de la población “vieja”. Esta actitud negativa no sólo limita a la persona que es objeto de ella sino que moldea las percepciones de otra gente, tanto joven como vieja que sostienen actitudes “anti-vejez”.

Robert Atchley señala que la vejez es un estigma como resultado injusto de falsos estereotipos que se han ido acumulando con el tiempo y que asocian la vejez con “enfermedad”, “vida carente de objetivos”, “imposibilidad”, “discapacidad”, “dependencia”, “locura”, “improductividad e inutilidad”, “aislamiento social”, “torpeza”, “senilidad”, “poca creatividad e incapacidad para aprender”, “asexualidad”, “olvido”. Solo la comprensión del proceso de envejecimiento y el respeto a cada persona pueden disipar los mitos de la ancianidad. <sup>(126)</sup>

## **2.4 LAS UNIVERSIDADES COMO FORMADORAS DE ACTITUDES EN LOS FUTUROS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA**

Es de suma importancia, la selección que se haga de los escenarios de aprendizaje y de los campos de práctica pues éstos influyen en la formación de los profesionales especialmente las actitudes (éticas o de otra índole), los valores y otros elementos que se relacionan a la práctica social y que respaldarán su práctica profesional. La calidad de los profesionales de enfermería que laboran en ellos juega un papel definitivo, pues ellos se pueden constituir en modelos y paradigmas para los estudiantes que ven y analizan su ejercicio profesional.

Así, a un estudiante en formación se le facilita el reconocimiento del perfil profesional de enfermería cuando puede observar profesionales de enfermería idóneos en su desempeño diario. Es decir, que puedan interactuar con personas que demuestran habilidad para la comunicación con los pacientes, con el equipo de salud, que tienen aptitudes y destrezas clínicas para cuidar a sus pacientes, que su actividad diaria se enriquece con la reflexión teórica y la argumentación académica, que su experiencia

tiene frutos y productos que enriquecen el cuidado enfermero de los pacientes y la disciplina de la enfermería. <sup>(127)</sup>

La eficacia de todo proceso terapéutico depende de la calidad de la relación entre el profesional de enfermería y el usuario y como segunda variable, las actitudes del profesional que favorecen el cambio terapéutico. Además de tener conocimientos y destrezas, el profesional de enfermería deberá trabajar sobre sí mismo e interiorizar las actitudes que le permitan “saber ser, saber estar”. Es decir, las disposiciones interiores al servicio de las cuales estarán los conocimientos teóricos y habilidades prácticas.

Según la psicología de Rogers, las actitudes propias de la relación de ayuda serían: la empatía, la congruencia o autenticidad y la aceptación incondicional. Así, José Carlos Bermejo nos dice que para que la relación de ayuda sea lo más eficaz posible se debe tener una actitud de aceptación incondicional que consiste en la acogida y comprensión de la persona adulta mayor (PAM) justamente en la situación en la que se encuentra y sus comportamientos: su psicología, sus cambios fisiológicos, sus pérdidas, sentimientos, reacciones más frecuentes, entre otros. <sup>(128)</sup>

La teoría afirma que las actitudes pueden modificarse con el aprendizaje y la experiencia. La educación formal es un intento de inculcar conocimientos, pero además cambiar actitudes y creencias, y transmitir valores. Asimismo, las actitudes del enfermero hacia la práctica y la prestación de los servicios de salud determinan su comportamiento y ejercicio profesional. Todo ello indica, que las universidades tienen la importante labor de brindar conocimientos teórico-prácticos y experiencia a los estudiantes durante su formación profesional, ya que éstos son



necesarios para la implementación de su actitud para resolver situaciones inherentes al cuidado humano, esencia de la labor de enfermería. <sup>(129)</sup>

Debido al aumento progresivo del grupo poblacional de adultos mayores en nuestro país, se ha incrementado la demanda de profesionales de enfermería con conocimientos, habilidades y actitudes necesarias para otorgar cuidados de calidad a los adultos mayores en los diferentes niveles de atención y que se interesen en trabajar en la red asistencial que los apoya. Desde esta perspectiva, se visualiza la necesidad de crear e implementar nuevos modelos de atención que garanticen una atención humanizada, accesible y a un costo que el país esté en condiciones de solventar. Para alcanzar esto, es necesario que las escuelas de enfermería asuman la responsabilidad de formar actitudes positivas hacia el proceso de envejecimiento en los estudiantes de pre y post grado.

Tradicionalmente se ha relacionado el envejecimiento con enfermedades, jubilación e invalidez; sin embargo, este concepto se debe reemplazar por el paradigma del envejecimiento activo y saludable, durante el cual la persona puede desarrollar aún una serie de potencialidades. De hecho, cuando se pregunta a los estudiantes de primer o segundo año de la carrera de enfermería qué significa ser viejo, la mayor parte de ellos describen los aspectos negativos del envejecimiento y pocos señalan algún aspecto positivo. De eso, radica la importancia de las escuelas de enfermería de erradicar estos elementos para garantizar el cuidado integral y óptimo para este grupo etareo. <sup>(130)</sup>

Los conocimientos, actitudes, cualidades y valores fomentados en la formación de pregrado son claves en el comportamiento posterior del

individuo. Mas aún las actitudes, pues de su dirección e intensidad depende la conducta y comportamiento del individuo. De ahí que las entidades formadoras deben priorizar el incentivo y refuerzo de las actitudes positivas hacia el envejecimiento para la mejora de la atención del adulto mayor y con ello, su bienestar y calidad de vida.

Las escuelas de enfermería deben crear un ambiente favorable para que los estudiantes desarrollen una actitud positiva frente a los adultos mayores. En algunos países, esto se ha ido logrando en forma gradual con la incorporación de metodologías participativas en la enseñanza, el desarrollo de cursos interdisciplinarios de Gerontología - Geriatria y la ampliación de experiencias clínicas con adultos mayores en instituciones de diferentes niveles de atención. Estas prácticas clínicas permiten a los estudiantes, trabajar con adultos mayores sanos y enfermos y con sus cuidadores formales e informales. <sup>(131)</sup> <sup>(132)</sup>

Resulta evidente y urgente para la sociedad, construir una nueva cultura de la vejez que deje atrás los mitos, estereotipos e imágenes distorsionadas con que se pretende identificar al adulto mayor. El enfermero debe identificarse como parte de la solución, convirtiéndose en dinamizador en la construcción de la nueva cultura del envejecimiento. Esto se logrará con una actitud positiva al envejecimiento y la comprensión de las ganancias, pérdidas, déficit y demandas que el adulto mayor tiene en la vejez. El potencial de enfermería para mejorar la atención de salud de las PAMs es muy grande, sin embargo, para desarrollarlo es necesario que las escuelas de enfermería incorporen cursos específicos de Gerontología y Geriatria en sus currícula de pregrado y busquen

estrategias innovadoras para sensibilizar y motivar a un mayor número de estudiantes para dedicarse a la atención de este grupo etáreo. <sup>(133)</sup> <sup>(134)</sup> <sup>(135)</sup>

## **G. HIPÓTESIS**

H1: “Existe diferencia en la dirección e intensidad de las actitudes de los estudiantes de enfermería hacia el envejecimiento, según años de estudio”

H2: “Existe diferencia en la dirección e intensidad de las actitudes de los estudiantes de enfermería hacia el envejecimiento biológico, según años de estudio”

H3: “Existe diferencia en la dirección e intensidad de las actitudes de los estudiantes de enfermería hacia el envejecimiento psicológico, según años de estudio”

H4: “Existe diferencia en la dirección e intensidad de las actitudes de los estudiantes de enfermería hacia el envejecimiento social, según años de estudio”

## **H. DEFINICION OPERACIONAL DE TÉRMINOS**

**ACTITUD DE LOS ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA:** Predisposición de aceptación, indiferencia o rechazo que tienen los alumnos de la Escuela Académico Profesional de Enfermería de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos hacia el envejecimiento

**ENVEJECIMIENTO:** Proceso natural, irreversible y gradual que se da en un individuo en las dimensiones biológica, psicológica y social con pérdida progresiva de la capacidad de adaptación, cuyos cambios son más evidentes en las personas adultas mayores.

ENVEJECIMIENTO BIOLÓGICO: Cambios producidos por el envejecimiento en la apariencia física, fisiología del organismo y su efecto en la realización de actividades de la vida diaria.

ENVEJECIMIENTO PSICOLÓGICO: Cambios producidos por el envejecimiento en la memoria, concentración, atención, aprendizaje, reacciones psicológicas y tendencia a sentimientos de soledad, temor, depresión y minusvalía.

ENVEJECIMIENTO SOCIAL: Cambios producidos por el envejecimiento en las redes y contactos sociales, rol, estatus social, identidad social y personal.

PERSONA ADULTA MAYOR: Varón o mujer de 60 años a más

## **CAPÍTULO II: MATERIAL Y MÉTODOS**

### **A. TIPO, NIVEL Y MÉTODO DE ESTUDIO.**

El presente trabajo de investigación es de tipo cuantitativo pues se realizó la recolección sistemática de información numérica que permitió medir y cuantificar la variable de estudio. El nivel al que pertenece es aplicativo, porque permite generar información valiosa para la planificación de estrategias en busca de propiciar el desarrollo de actitudes positivas hacia el envejecimiento en los estudiantes de enfermería.

Asimismo, la investigación usó el método descriptivo de corte transversal debido a que la variable se midió tal y como se dio en un tiempo y espacio determinado.

### **B. SEDE DE ESTUDIO**

La Escuela Académico Profesional de Enfermería es una de las 5 Escuelas Académico Profesionales de la Facultad de Medicina “San Fernando” de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, cuyas

instalaciones se encuentran en la Av. Miguel Grau cuadra 7 del Cercado de Lima. Este órgano académico tiene, entre otras funciones, la evaluación y reestructuración periódica del currículum de estudios, la revisión y aprobación de los syllabus correspondientes a cada asignatura y la supervisión, coordinación y evaluación del desarrollo de las asignaturas y del Internado, con participación conjunta con los Departamentos Académicos respectivos.

El Plan Curricular actual de la Escuela Académico Profesional con una vigencia de 12 años, consta de 28 asignaturas con un total de 222 créditos. La formación profesional dura 5 años. El régimen de estudio es rígido con asignaturas de carácter semestral en los dos primeros años. Las asignaturas, según su naturaleza, comprenden actividades teóricas, de laboratorio y práctica. A partir del segundo año, las asignaturas exigen el cumplimiento de prerrequisitos obligatorios.

Las asignaturas de enseñanza propia de Enfermería que ofrece experiencias de aprendizaje con adultos mayores son: en el primer año, Enfermería en Salud Comunitaria que introduce al estudiante de enfermería en el primer de atención de salud y la comprensión de la realidad socio sanitaria del país y su implicancia en la salud. El Segundo año desarrollan las asignaturas de Introducción a la Enfermería Clínica y Enfermería en Salud de la Mujer. La primera de ellas, ofrece experiencias de aprendizaje en procedimientos básicos de atención al paciente hospitalizado especialmente con adultos y adultos mayores, mientras que la segunda, permite ver el proceso de envejecimiento desde la concepción, etapa del ciclo vital, hasta llegar al climaterio, periodo en la vida de una mujer en el que disminuye gradualmente la función

reproductora y termina por cesar. El tercer año desarrolla los cursos de Enfermería en Salud Mental y Enfermería en Salud del Niño y Adolescente, de los cuales el primero permite experiencias con usuarios adultos mayores en su proceso de salud-enfermedad. El cuarto año desarrolla la asignatura Enfermería en la Salud del Adulto y Adulto Mayor.

Durante el último año de la enseñanza de pre grado, se desarrolla el Internado cuyo propósito es la complementariedad, profundización y consolidación del proceso de formación del estudiante en el área hospitalaria y comunitaria. En ambos ámbitos, el estudiante tiene oportunidades de aprendizaje con personas adultas mayores y asume responsabilidades profesionales en su cuidado, bajo un sistema de tutoría.

### **C. POBLACIÓN Y MUESTRA**

La población estuvo conformada por todos los estudiantes de enfermería de la UNMSM, distribuidos así entre los 5 años de formación profesional:

Primer año:	74 estudiantes
Segundo año:	69 estudiantes
Tercer año:	75 estudiantes
Cuarto año:	68 estudiantes
Quinto año:	67 estudiantes

Se tomaron en cuenta los siguientes criterios de inclusión: estudiante de enfermería de la UNMSM, matriculado para el año académico 2008, de asistencia regular y que haya aceptado participar en el estudio. Los criterios de exclusión considerados fueron: estudiante de

enfermería con inasistencia mayor al 30% (que supera el máximo límite de faltas que inhabilita al estudiante a su derecho de evaluación), que no haya estado matriculado para el año 2008 y que no haya aceptado participar en el estudio.

El tipo de muestreo utilizado fue el muestreo probabilístico estratificado, tomando a cada año de estudio como estrato. El cálculo de la muestra se realizó para la estimación de un promedio para una población finita y para variables cualitativas. Además se realizó la correspondiente corrección por tamaño de muestra. Para el cálculo de tamaño de muestra se tomó un nivel de confianza del 99% ( $Z = 2.58$ ) y se eligió un margen de error permisible del 5%. Asimismo se utilizaron los resultados obtenidos de la prueba piloto para la estimación de los valores de  $p$ ,  $q$  y la varianza poblacional ( $S^2 = 1107.8207$ ). (Ver Anexo A) Esta muestra fue distribuida proporcionalmente considerando la distribución poblacional de los grupos por año de estudio. Se calculó un tamaño de muestra de 202 unidades de análisis distribuidos de la siguiente forma:

Primer año:	42 estudiantes
Segundo año:	40 estudiantes
Tercer año:	43 estudiantes
Cuarto año:	39 estudiantes
Quinto año:	38 estudiantes

#### **D. TECNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS.**

La técnica utilizada fue la encuesta. El instrumento elaborado para la investigación fue un cuestionario tipo escala lickert modificada de 40 ítems, entre positivos y negativos, y cuyas partes son: presentación,



instrucciones, datos generales y contenido propiamente dicho. (Ver Anexo B) Los ítems del instrumento final estuvieron distribuidos de la siguiente manera:

- Envejecimiento biológico: 7 ítems
- Envejecimiento psicológico: 12 ítems
- Envejecimiento social: 21 ítems

Para la validez de contenido del instrumento, se garantizó la elaboración de los ítems haciendo uso de una matriz de consistencia lo que permitió verificar la presencia de todos los indicadores, producto de la operacionalización de la variable (Ver Anexo C). Además, se recurrió al juicio de expertos en el área de investigación o en la metodología de la investigación, haciendo uso de una escala de calificación. Tras la obtención de estos resultados, se utilizó la prueba binomial que midió el grado de concordancia entre la opinión de los expertos. Además sus sugerencias permitieron realizar los ajustes correspondientes en los ítems. (Ver Anexo D)

El siguiente paso fue la prueba piloto realizada en 30 estudiantes de enfermería, haciendo uso de la misma técnica de recolección de datos y considerando los mismos criterios de inclusión y exclusión. Estos resultados permitieron cumplir con los criterios de validez interna y de confiabilidad del instrumento. Se aplicó el coeficiente de correlación de Pearson para cada ítem. Esto determinó la reducción de los ítems de 84 a 40, escogiendo aquellos de mayor coeficiente de correlación para la versión final del instrumento. (Ver Anexo E)

La confiabilidad del instrumento se halló a través del coeficiente Alfa de Cronbach aplicado y corregido por el paquete estadístico SPSS, el cual arrojó una confiabilidad de 0,92. (Ver Anexo F)

## **E. RECOLECCIÓN, PROCESAMIENTO Y PRESENTACIÓN DE DATOS**

Se realizó el trámite administrativo correspondiente en la Dirección de la Escuela Académico Profesional de Enfermería de la UNMSM, solicitando autorización para realizar el trabajo de investigación. Siendo aceptada, ésta proporcionó una carta de presentación a través de la cual se solicitaba a los docentes Jefes de curso, facilidades a la investigadora para la recolección de datos.

El proceso de recolección de datos se realizó en las aulas del pabellón principal, durante el inicio de las clases teóricas de las asignaturas previa coordinación con el Jefe de Curso y el docente responsable de la clase. Fue una aplicación grupal mediante una modalidad de prueba de autoaplicación.

Para el procesamiento, se elaboró el libro de códigos (Ver Anexo G) y se transfirieron los datos a una base de Microsoft Excel considerando para ello todos los ítems del instrumento. Además se trabajó con el paquete estadístico SPSS versión 14.

Para la presentación de resultados, se usaron cuadros, gráficos o descripciones, de acuerdo a su relevancia y para su mejor entendimiento.

## **F. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS**

Para el análisis de datos, se confrontaron los resultados con la base teórica seleccionada y expuesta en un capítulo previo. Esto permitió verificar la congruencia de los resultados con la literatura. Además, los hallazgos de la investigación fueron comparados con los hallazgos de los antecedentes presentados.

La información fue ordenada y categorizada en los valores finales de la dirección (aceptación, indiferencia y rechazo) e intensidad (fuerte, moderado, leve), cuyos puntajes se determinaron con la escala de Statones. (Ver Anexos H e I)

Para el análisis de datos por indicadores y la prueba de hipótesis, se usaron los promedios estandarizados de cada unidad de análisis que se obtuvo dividiendo el puntaje obtenido en cada dimensión entre el número correspondiente de ítems.

Además se trabajó con el paquete estadístico SPSS versión 14 para las pruebas estadísticas de inferencia como el análisis de varianza (ANOVA) y la prueba de Tukey.

La investigación hizo uso de la estadística descriptiva pues se utilizaron tablas, gráficos y medidas de resumen (proporción, media aritmética o promedio, desviación estándar, rango, varianza) para la descripción de datos. Así mismo, el análisis estadístico inferencial permitió obtener conclusiones acerca de las características de la población

(parámetros) a partir de los resultados encontrados en la muestra (estadísticos) a través de las pruebas estadísticas, ANOVA y Tukey.

## **G. CONSIDERACIONES ÉTICAS**

La presente investigación tuvo en consideración al Código de Nuremberg, la Declaración de Helsinki y el Informe Belmont.

Considerando el principio ético de respeto a las personas, se aplicó el consentimiento informado. De este modo, la investigadora explicó a los estudiantes de enfermería, los objetivos y el propósito de la investigación previo a la aplicación del instrumento; lo que hizo que las unidades de análisis ejerzan una elección libre de participar o no con la información adecuada, posibilidad de pedir mayor información y sin intervención de cualquier elemento de fuerza, engaño, fraude u otro tipo de coerción.

## **CAPÍTULO III: RESULTADOS Y DISCUSIÓN**

### **A. DATOS GENERALES**

La muestra estuvo conformada por estudiantes de enfermería en su mayoría de sexo femenino (91,59%) porcentaje que es representativo de la población donde también mayoritariamente los estudiantes son de este sexo; situación que caracteriza a la profesión de enfermería (Ver Anexo J).

En relación a la edad, ésta fluctúa entre los 16 y 37 años. El 49,50% de estudiantes tienen edades que varían entre 21 y 25 años de edad (Ver Anexo K); encontrándose en el periodo crítico de la formación de actitudes ya que ésta se da entre los 12 y 30 años según la teoría del aprendizaje. Lo expresado permite considerar que en este grupo de estudiantes se debe fortalecer estrategias para orientar el cambio de actitudes negativas a positivas o de refuerzo de éstas últimas pues se encuentran en una edad óptima para la modificación de actitudes y hay un mejor resultado de la educación formal en el cambio de éstas.

El 63,37% (128 estudiantes) viven actualmente con una persona adulta mayor y un 19,31% (39 estudiantes) refirió haber vivido alguna vez con una persona adulta mayor (Ver Anexo L). De éstos, el 61,58% (103 estudiantes) mencionó que el adulto mayor está/estaba aparentemente sano. (Ver Anexo M), esto muestra que la mayoría de estudiantes de enfermería tienen experiencias previas que pueden influir en la dirección e intensidad de sus actitudes hacia el envejecimiento. Además la mayoría de ellos cohabitan con un adulto mayor sano o aparentemente sano lo que podría influir en una actitud de aceptación por las características de su proceso de envejecimiento en lo físico, psicológico y social.

El 8,42% (17 estudiantes) refirió haber visitado algunas veces una casa de reposo y el 91,58% (185 estudiantes) refirió nunca haber ido a alguna (Ver Anexo N). La experiencia de visita a una casa de reposo o de un albergue puede influir en las actitudes de los estudiantes porque permite entender la dimensión social del envejecimiento como las pérdidas sociales y las condiciones de abandono, maltrato, hostilidad familiar o la soledad en las personas adultas mayores. Interesante estudiar cómo fueron y que efecto tuvieron y tienen estas experiencias en la formación de actitudes de los estudiantes, sugiere realizar estudios cualitativos.

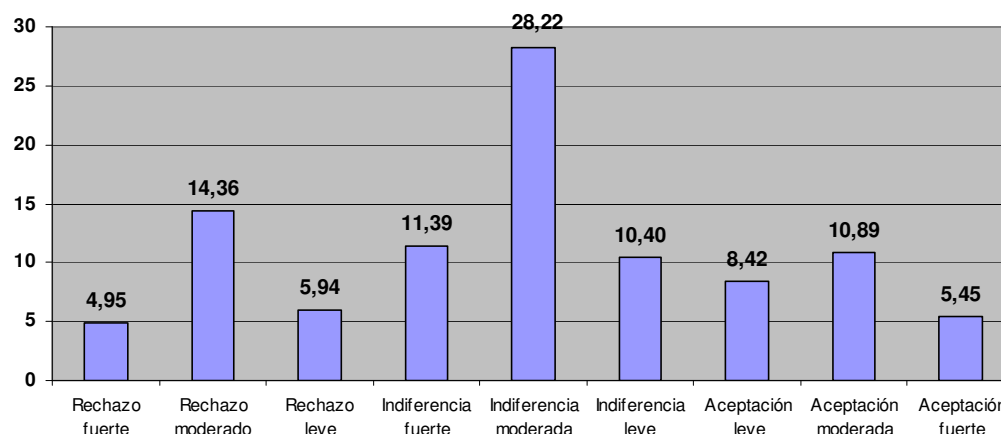
Un porcentaje significativo de 90,59% (183 estudiantes) calificó como positivas, sus experiencias de vida con personas adultas mayores (Ver Anexo O). Además revelan su comprensión con los cambios producidos a esa edad y resaltan la importancia de su experiencia como aporte a los miembros más jóvenes de la sociedad. Debido a que la mayoría de estudiantes tuvo experiencias de naturaleza positiva, haría suponer una tendencia positiva en sus actitudes hacia el envejecimiento o

que un compromiso afectivo con un familiar adulto mayor influenció en la positividad de su respuesta.

## B. DATOS ESPECÍFICOS

### B.1 ACTITUDES HACIA EL ENVEJECIMIENTO, EN LOS ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA DE LA UNMSM

**GRÁFICO Nº 1**  
**DIRECCIÓN E INTENSIDAD DE LAS ACTITUDES HACIA EL ENVEJECIMIENTO, EN LOS ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA DE LA UNMSM.**  
**SETIEMBRE - OCTUBRE 2008**



Fuente: Encuesta realizada a los estudiantes de Enfermería de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 2008

En el presente gráfico sobre la dirección e intensidad de las Actitudes de los estudiantes de Enfermería hacia el Envejecimiento, se aprecia que la actitud de indiferencia moderada (28,22%) aventaja de manera significativa sobre las otras categorías. En segundo lugar, se encuentra el rechazo moderado (14,36%). En tercer lugar se tiene a la indiferencia fuerte (11,39%), seguido de aceptación moderada e

indiferencia leve con valores muy cercanos, 10,89% y 10,40% respectivamente.

Analizando el gráfico sólo por dirección, tenemos que la actitud de indiferencia tiene el porcentaje más representativo con el 50,0% (101 estudiantes), seguido del rechazo y aceptación con el 25,25% y 24,75% respectivamente. Llama la atención el bajo nivel de aceptación hacia el envejecimiento en los estudiantes de enfermería, teniendo un porcentaje similar a la actitud de rechazo.

Observando las cifras por niveles de dirección e intensidad, se aprecia que aunque la proporción de rechazo fuerte es similar a la de rechazo leve con el 4,95 y 5,94% respectivamente, es el rechazo moderado el que obtiene el mayor porcentaje en esa dirección.

La actitud de indiferencia moderada supera en más del doble a los otros dos niveles de indiferencia representados con el 11,39% para la indiferencia fuerte y 10,40% para la indiferencia leve. Asimismo supera en 18% a la aceptación moderada, lo que es preocupante porque la actitud de indiferencia de los estudiantes tiene mayor acercamiento hacia el rechazo que a la aceptación.

Los niveles de aceptación leve y moderada, 8,42% y 10,89% respectivamente, superan a la aceptación fuerte, 5,45% que representa el menor valor de intensidad en la actitud de aceptación.

Si se considera que entre los factores formadores de las actitudes se encuentran el aprendizaje, la experiencia y el medio ambiente en el que se desenvuelve el individuo y que las actitudes se adquieren a través de la formación de habilidades, conocimientos e imitación de modelos, es decir



de “actitudes secundarias”, se podría considerar que la actitud de aceptación no ha sido reforzada en un gran porcentaje de estudiantes por condiciones o experiencias favorables, o que sus experiencias no deben haber sido las más favorables.

En las 3 categorías de dirección, aceptación, indiferencia y rechazo, el nivel más frecuente es el moderado, esto representa el grado de convicción con que el estudiante de enfermería mantiene una actitud, es decir la fuerza de los sentimientos que entraña la actitud expresada.

La mayoría de estudiantes presentan actitudes entre indiferencia o rechazo, las cuales no son las más óptimas para garantizar el cuidado humanizado de las personas adultas mayores pues no se asegura la comprensión y actitud favorable hacia el proceso de envejecimiento.

**CUADRO N° 1**  
**DIRECCIÓN DE LAS ACTITUDES HACIA EL ENVEJECIMIENTO, EN**  
**LOS ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA DE LA**  
**UNMSM, SEGÚN AÑOS DE ESTUDIO**  
**SETIEMBRE-OCTUBRE 2008**

ACTITUD	AÑO DE ESTUDIO										TOTAL	
	1º		2º		3º		4º		5º			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Rechazo	17	40.5	15	37.5	10	23.3	8	20.5	1	2.6	51	25.2
Indiferencia	22	52.4	23	57.5	30	69.8	22	56.4	4	10.5	101	50.0
Aceptación	3	7.1	2	5.0	3	7.0	9	23.1	33	86.8	50	24.8
TOTAL	42	100.0	40	100.0	43	100.0	39	100.0	38	100.0	202	100.0

Fuente: Encuesta realizada a los estudiantes de Enfermería de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 2008

El cuadro N° 1 muestra la dirección de las actitudes de los estudiantes según años de estudio observando que el mayor valor lo

obtiene la actitud de aceptación con el 86,8% y es en los estudiantes del quinto año porcentaje que disminuye al 23,1% en los del cuarto año. Esto estaría relacionado con el incremento de experiencias con adultos mayores en los dos últimos años, considerando que desarrollan la asignatura de Enfermería en la Salud del Adulto y Adulto Mayor y el Internado que les ofrece experiencias en campos prácticos clínicos con adultos mayores sanos y enfermos y conocimientos teóricos que supondrían un mejor entendimiento del proceso de envejecimiento.

La actitud de aceptación alcanza niveles bajos en los tres primeros años siendo el 7,1% para el primer año, 5,0% para el segundo y 7,0% para el tercero.

Sorprende que el nivel más bajo en la actitud de aceptación hacia el envejecimiento sea en los estudiantes de segundo año con el 5,0% siendo más bajo que en los estudiantes del primer año.

La actitud de indiferencia, categoría más frecuente en los estudiantes de enfermería, muestra porcentajes mayores al 50% en los cuatro primeros años de formación profesional, con el 52,4% para el 1º año, 57,5% para el 2º año, 69,8% para el 3º año y 56,4% para el 4º año. Como se observa los alumnos del tercer año muestran el mayor valor de indiferencia lo que pudiera estar relacionado con el desarrollo de la asignatura de Enfermería en la Salud del Niño y Adolescente que aborda la etapa de vida del ciclo vital opuesta a la de Adulto Mayor. La indiferencia tiene su porcentaje más bajo en los estudiantes del quinto año, alcanzando sólo un 10,5% logrando marcada distancia con los años anteriores, lo cual es de esperar por la alta concentración que las actitudes de sus estudiantes tienen hacia la aceptación del envejecimiento.

La actitud de rechazo hacia el envejecimiento tiene una tendencia a reducirse a través de los años de estudio, siendo el primer año el de mayor porcentaje con el 40,5% seguido del segundo año con el 37,5%, el tercero con el 23,3% y 20,5% para el cuarto. Además, se observa un descenso brusco de la dirección de la actitud en el último año en comparación con el 4º año, pasando del 20,5% al 2,6%.

Si bien el gráfico N° 1 engloba todos los años de estudio y es mayor la indiferencia seguida del rechazo y aceptación, interesante es observar como su distribución se presenta según años de estudios.

De modo general, los hallazgos mostrados en la tabla N° 1 indican que según años de estudio, se incrementan los porcentajes de aceptación según el transcurrir de los mismos, mientras que las actitudes de rechazo van disminuyendo, pero la indiferencia se mantiene del 1º al 4º año para decrecer sustantivamente en el 5º. Esto puede deberse, como se menciona en párrafos anteriores al incremento de experiencias con adultos mayores durante el cuarto y quinto año.

Este argumento se apoyaría en la teoría del aprendizaje de actitudes que afirma que las actitudes pueden modificarse con el aprendizaje de modelos proporcionados por la educación formal o informal. Desde esta perspectiva, la Escuela de Enfermería como unidad formadora contribuiría en forma fundamental en la modificación de actitudes de rechazo y en el fortalecimiento de las actitudes de aceptación, situación que realiza brindando experiencias de aprendizaje en su programa curricular que han ayudado a consolidar o mejorar la actitud de los estudiantes hacia el envejecimiento y con esto, indirectamente, se

esperaría a la mejor aceptación del cuidado a personas adultas mayores. Sin embargo, tiene el gran reto de disminuir los porcentajes de indiferencia.

Los resultados del trabajo titulado “Actitudes de Enfermeros asistenciales que trabajan en forma permanente y eventual con el anciano en las instituciones de salud de Lima Metropolitana hacia el envejecimiento” realizado por Néstor Alejandro Cuadros Valer se asemejan aún no siendo en estudiantes, pues el 44,2% de enfermeros tienen actitud de indiferencia, seguida por la de rechazo con el 30,2% y el 25,6% de aceptación hacia el envejecimiento.

Asimismo, en la investigación realizada por Saturnino Magallán Galoc “Actitud de los enfermeros asistenciales que laboran en 2 hospitales de Lima Metropolitana hacia el paciente anciano y su atención de enfermería”, encontró resultados similares usando la técnica del diferencial semántico. Sus resultados denotan una actitud de indecisión hacia el paciente anciano en los enfermeros asistenciales ya que el promedio total obtenido fue de 4,86, lo que reflejaría de manera indirecta sus actitudes hacia el envejecimiento.

Indirectamente los resultados de ambas investigaciones podrían reflejar la actitud de indiferencia que tuvieron los enfermeros cuando fueron estudiantes y que no difieren con la dirección de la actitud que tienen los estudiantes en la presente, que es de indiferencia, a pesar de los 19 años transcurridos.

**CUADRO N° 2**  
**DIRECCIÓN E INTENSIDAD DE LAS ACTITUDES HACIA EL**  
**ENVEJECIMIENTO, EN LOS ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA**  
**DE LA UNMSM, SEGÚN AÑOS DE ESTUDIO**  
**SETIEMBRE-OCTUBRE 2008**

ACTITUD	AÑO DE ESTUDIO										TOTAL	
	1º		2º		3º		4º		5º			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Rechazo fuerte	4	9.5	2	5.0	4	9.3	0	0	0	0	10	5.0
Rechazo moderado	9	21.4	9	22.5	5	11.6	5	12.8	1	2.6	29	14.4
Rechazo leve	4	9.5	4	10.0	1	2.3	3	7.7	0	0	12	5.9
Indiferencia fuerte	6	14.3	8	20.0	5	11.6	3	7.7	1	2.6	23	11.4
Indiferencia moderada	12	28.6	12	30.0	22	51.2	10	25.6	1	2.6	57	28.2
Indiferencia leve	4	9.5	3	7.5	3	7.0	9	23.1	2	5.3	21	10.4
Aceptación leve	3	7.1	2	5.0	1	2.3	7	17.9	4	10.5	17	8.4
Aceptación moderada	0	0	0	0	2	4.7	2	5.1	18	47.4	22	10.9
Aceptación fuerte	0	0	0	0	0	0	0	0	11	28.9	11	5.4
TOTAL	42	100.00	40	100.00	43	100.00	39	100.00	38	100.00	202	100.00

Fuente: Encuesta a los estudiantes de Enfermería de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 2008

El cuadro N° 2 permite apreciar la dirección e intensidad de las actitudes de los estudiantes de enfermería según años de estudio. Se muestra que en el primer año, el 28,6% de estudiantes tiene una actitud de indiferencia moderada, seguida de rechazo moderado con el 21,4% e indiferencia fuerte con el 14,3%. Como era de esperar, este año es el que tiene mayores niveles de rechazo puesto que los estudiantes están iniciando su proceso de formación y por tanto, han tenido pocas experiencias de aprendizaje con personas adultas mayores y estarían influenciadas más por las experiencias previas a la universidad.

El segundo año de estudios tiene una similar tendencia al primer año, siendo la indiferencia moderada la actitud que alcanza el mayor porcentaje con el 30,0%, seguido de rechazo moderado con el 22,5%, indiferencia fuerte con el 20,0% y rechazo leve con el 10,0%.

El tercer año muestra que más de la mitad de sus alumnos, 51,2%, presenta una actitud de indiferencia moderada. A este valor le siguen la indiferencia fuerte y rechazo moderado con el 11,6% cada uno y el rechazo fuerte con el 9,3% para rechazo fuerte. Aunque no hay gran diferencia con los dos años anteriores, la actitud de aceptación aparece con su nivel moderado (4,7%) en este año.

El cuarto año tiene un 25,6% de estudiantes con actitud de indiferencia moderada, seguida muy de cerca por la indiferencia leve representada por el 23,1% y la aceptación leve con el 17,9%. En este año, se observa una tendencia más positiva pero que sorprende aún por los bajos niveles de aceptación a pesar de que en este año se cursa la asignatura anual de Enfermería en la Salud del Adulto y el Adulto Mayor, cuyas experiencias de aprendizaje desarrolladas supondrían una mejora en las actitudes hacia el envejecimiento.

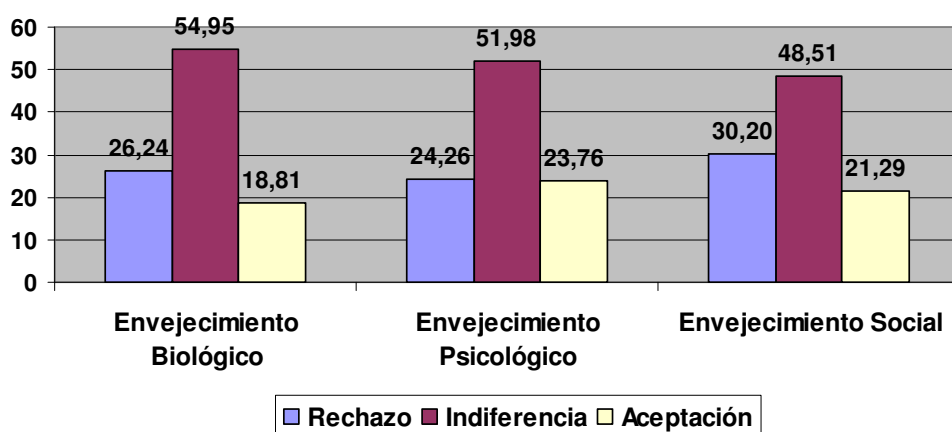
El quinto año de estudios muestra una mayor tendencia a la aceptación del envejecimiento, dentro de la cual es destacable el nivel moderado con 47,4%, seguido del 28,9% de aceptación fuerte y 10,5% de aceptación leve.

Si comparamos los 5 años, se aprecia que la actitud de rechazo fuerte va descendiendo conforme se incrementa el año de estudio hasta

no presentarse en el cuarto y quinto año. Los valores de las actitudes de aceptación fuerte no se presentan en el primer, segundo, tercer y cuarto año, lo que se revierte en el quinto año llegando al 28,9%. Esto podría relacionarse al desarrollo del Internado en sus dos escenarios: comunitario y hospitalario, donde el interno de enfermería asume la responsabilidad de consolidar destrezas, valores y actitudes que le servirán en el ejercicio de su profesión en campos clínicos que le permiten trabajar con las diferentes Etapas de Vida dispuestas en el Modelo de Atención Integral de Salud. Además porque ha ido acumulando experiencias con adultos mayores en los años anteriores.

Estos hallazgos podrían indicar que las actitudes de los estudiantes van mejorando en positividad e intensidad, desde actitudes de rechazo o indiferencia extrema a niveles intermedios de indiferencia o a actitudes de aceptación pero aún predomina la indiferencia.

**GRÁFICO N° 2**  
**DIRECCIÓN DE LAS ACTITUDES HACIA EL ENVEJECIMIENTO**  
**EN LOS ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA DE**  
**LA UNMSM, SEGÚN DIMENSIONES**  
**SETIEMBRE - OCTUBRE 2008**



Fuente: Encuesta realizada a los estudiantes de Enfermería de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 2008

El gráfico N° 2 muestra la dirección de las actitudes de los estudiantes de enfermería hacia el envejecimiento según dimensiones. En el componente biológico se observa que la mayoría de estudiantes (54,95%) tiene una actitud de indiferencia muy marcada, seguido de cerca de una cuarta parte de estudiantes con una actitud de rechazo representado por el 26,24% y en último lugar la aceptación con el 18,81%. Esto podría deberse a que la dimensión biológica involucra los cambios biológicos tales como la apariencia física, cambios biológicos y funcionales por aparatos corporales y tendencia a la enfermedad, así como los cambios funcionales, entre ellos, el nivel de dependencia en la ejecución de actividades básicas; cambios que son claramente observados, valorados y calificados por la sociedad, con la consecuente influencia sobre la persona.



La dimensión psicológica muestra una distribución semejante donde el primer lugar lo obtiene la actitud de indiferencia con un 51,98%, seguido del rechazo con el 24,26% y la aceptación con el 23,76%.

El componente social del envejecimiento obtuvo en un 48,51% indiferencia, seguido de rechazo (30,20%) y aceptación (21,29%).

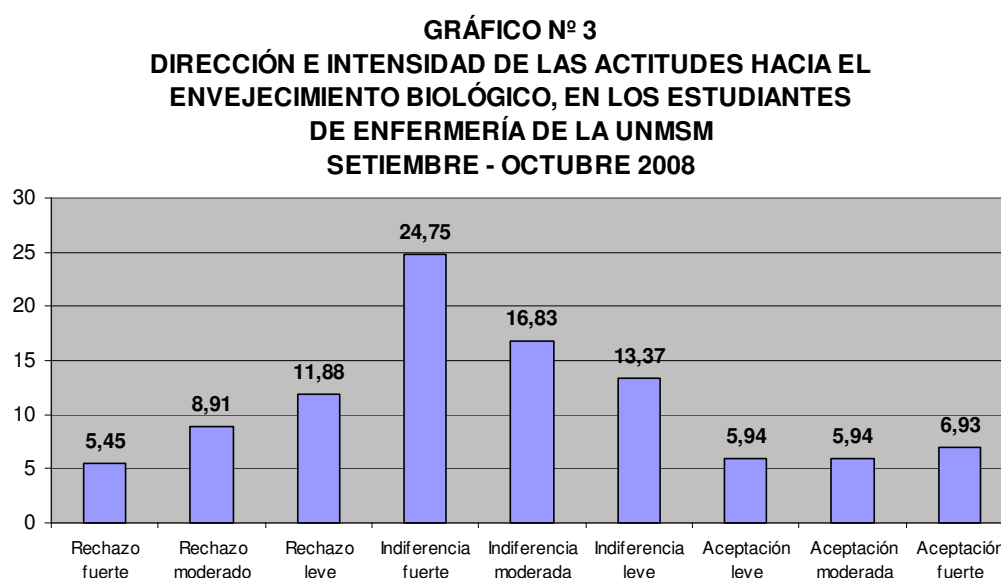
Remirando los tres componentes se puede precisar que la indiferencia obtiene los mayores valores en las tres dimensiones, encontrándose el valor más alto en la dimensión biológica. En relación a la aceptación, es el envejecimiento psicológico el que obtiene el mayor valor, mientras que en el rechazo es la dimensión envejecimiento social la que tiene los mayores valores.

Estos resultados son similares a los hallazgos de la investigación de Néstor Alejandro Cuadros Valer en enfermeros asistenciales, donde el mayor porcentaje de cada dimensión evaluada se encuentra en la categoría de indiferencia. Los resultados mostraron que hacia los cambios biológicos del envejecimiento, el 47,6% de enfermeros mostró una actitud de indiferencia; 22,8% aceptación y 29,6% rechazo. En cuanto a los cambios psicológicos del envejecimiento, el 45,6% presentó indiferencia, 29,1% rechazo y 26,3% aceptación. Respecto a la dimensión social del envejecimiento, el 45,6% de enfermeros presentó actitud de indiferencia, 26,1% aceptación y 28,3% rechazo.

La investigación de Saturnino Magallán Galoc encontró promedios parciales en las tres dimensiones del envejecimiento que denotan una actitud de indecisión o indiferencia entre los enfermeros asistenciales con

el 4,72 para el área biológica, 4,83 para la psicológica y 4,51 para el área social.

## **B. 2 ACTITUDES DE LOS ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA HACIA EL ENVEJECIMIENTO BIOLÓGICO**



Fuente: Encuesta realizada a los estudiantes de Enfermería de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 2008

El gráfico sobre la dirección e intensidad de las actitudes de los estudiantes de Enfermería hacia el envejecimiento en su dimensión biológica muestra que el porcentaje más alto corresponde a la categoría de indiferencia fuerte con el 24,75%, seguido de la actitud de indiferencia moderada con el 16,83 %, indiferencia leve con el 13,37% y rechazo leve representado por el 11,88%.

Observando la actitud de rechazo, el rechazo leve (11,88%) supera a los niveles de rechazo moderado (8,91%) y de rechazo fuerte (5,45%).

La actitud de indiferencia alcanza su pico máximo en la indiferencia fuerte, casi en la cuarta parte de estudiantes, seguido de la indiferencia moderada y leve con el 16,83% y 13,37% respectivamente.

En la actitud de aceptación el mayor valor concentrado se encuentra en el nivel fuerte con el 6,93%, seguido de la aceptación leve y moderada con 5,94% para cada uno.

Los datos presentados reafirman que la tendencia de las actitudes de los estudiantes van desde la indiferencia hacia el rechazo.

**CUADRO Nº 3**  
**DIRECCIÓN E INTENSIDAD DE LAS ACTITUDES DE LOS**  
**ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA DE LA UNMSM HACIA EL**  
**ENVEJECIMIENTO BIOLÓGICO, SEGÚN AÑOS DE ESTUDIO**  
**SETIEMBRE-OCTUBRE. 2008**

ACTITUD	AÑO DE ESTUDIO										TOTAL	
	1º		2º		3º		4º		5º			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Rechazo fuerte	2	4.8	7	18.0	1	2.3	1	2.6	0	0.0	11	5.4
Rechazo moderado	6	14.3	5	12.5	3	7.0	4	10.3	0	0.0	18	8.9
Rechazo leve	6	14.3	5	12.5	8	18.6	5	12.8	0	0.0	24	11.9
Indiferencia fuerte	12	28.6	10	25.0	14	32.6	10	25.6	4	10.5	50	24.8
Indiferencia moderada	10	23.8	7	18.0	8	18.6	5	12.8	4	10.5	34	16.8
Indiferencia leve	4	9.5	5	13.0	5	11.6	11	28.2	2	5.3	27	13.4
Aceptación leve	1	2.4	1	3.0	2	4.7	2	5.1	6	15.8	12	5.9
Aceptación moderada	1	2.4	0	0.0	1	2.3	1	2.6	9	23.7	12	5.9
Aceptación fuerte	0	0.0	0	0.0	1	2.3	0	0.0	13	34.2	14	6.9
Total	42	100.0	40	100.0	43	100.0	39	100.0	38	100.0	202	100.0

Fuente: Encuesta a los estudiantes de Enfermería de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 2008

El cuadro N° 3 muestra las actitudes de los estudiantes de Enfermería hacia la dimensión biológica del envejecimiento según el año de formación profesional, donde se aprecia que el 33,4% de los estudiantes de primer año tienen una actitud de rechazo con valores similares en los niveles de moderado y leve (14,3% cada uno). Otro valor significativo en este año es que el 61,9% presenta una actitud de indiferencia, dentro de la cual el nivel de indiferencia fuerte (28,6%) y moderada (23,8%) son los más elevados. Estos valores van decreciendo hasta la aceptación leve y moderada.

En el segundo año, el porcentaje más representativo (25,0%) es el que representa a la actitud de indiferencia fuerte. La categoría más importante en este año es la indiferencia que concentra el 56% de los estudiantes y que es similar al primer año pero que indica el desinterés de los estudiantes por el envejecimiento. Este año también presenta el menor porcentaje en la actitud de aceptación con sólo 3% en comparación con los otros años de estudio, incluso por debajo del primer año.

El tercer año muestra un valor significativo en la indiferencia fuerte (32,6%). A este, le siguen valores que van decreciendo hasta llegar a la aceptación fuerte. El 65,12% de los estudiantes tiene una actitud de indiferencia, lo que implica un incremento con respecto a los dos años anteriores pero que no suponen una mejora ya que la actitud hacia el envejecimiento continúa mostrando desinterés o de calificación poco relevante. Además se mantiene con la tendencia a la negatividad.

El cuarto año alcanza sus valores más importantes en la indiferencia leve e indiferencia fuerte (28,2% y 25,6% respectivamente). El

último año de estudios tiene un 73,7% de actitud de aceptación, donde prevalece el nivel fuerte con 34,2%, y no registra actitud de rechazo.

Como se sabe el Envejecimiento Biológico se refiere a los cambios biológicos producidos por el envejecimiento que modifican la apariencia física, la homeostasis y alteran el funcionamiento físico de los sistemas corporales, y los cambios que afectan la capacidad funcional que determina el grado de dependencia que tiene la persona adulta mayor para realizar actividades básicas (alimentación, higiene, vestido, deambulaci3n, eliminaci3n). Tanto es así que la calidad de vida de las personas adultas mayores está estrechamente relacionada con la capacidad funcional. Se podría inferir que los estudiantes de enfermería inician su formaci3n profesional con una actitud de indiferencia, probablemente por experiencias negativas o por un pobre conocimiento del proceso del envejecimiento como proceso natural y etapa en el desarrollo humano, y que se mejora con el transcurrir del tiempo. Esto podría deberse a que estos cambios son los más notorios y perceptibles por la sociedad, la cual se guía de las apariencias.

**CUADRO Nº 4**  
**PROMEDIOS OBTENIDOS EN LOS INDICADORES DE LA DIMENSIÓN**  
**BIOLÓGICA DEL ENVEJECIMIENTO, SEGÚN**  
**AÑOS DE ESTUDIO. 2008**

SUB	INDICADORES	AÑOS DE ESTUDIO					TOTAL
		1º	2º	3º	4º	5º	
CB	<i>Cambios en la apariencia física</i>	3.7	3.5	3.8	3.8	4.7	3.9
CB	<i>Cambios corporales</i>	4.0	3.8	4.1	4.1	4.6	4.1
CB	<i>Tendencia a la enfermedad</i>	3.7	3.8	3.8	4.1	4.8	4.0
CF	<i>Declinación funcional</i>	4.1	4.1	4.2	4.3	4.7	4.2

Fuente: Encuesta a los estudiantes de Enfermería de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 2008

Leyenda:

SUB: Subdimensión

CB: Cambios biológicos

CF: Cambios funcionales

Es necesario mencionar que el promedio que expresa la actitud de máxima aceptación es 5, de ahí que valores próximos o distantes a él indiquen mayor o menor aceptación.

Con esta consideración y observando los datos del cuadro, el menor promedio obtenido por la totalidad de estudiantes en la dimensión biológica del envejecimiento fue de 3.9 que corresponde a la subdimensión cambios biológicos y al indicador ***cambios en la apariencia física***. El promedio de la subdimensión cambios funcionales tiene valores más altos llegando al 4.2 que corresponde a dos ítems del indicador ***declinación funcional***.

Según años de estudio, el indicador cambios en la apariencia física tiene promedios bajos del primer al cuarto año (3.7, 3.5, 3.8, 3.8), incrementándose en el quinto año al 4.7. El indicador ***cambios corporales*** tiene sus valores bajos del primer al cuarto año (4.0, 3.8, 4.1, 4.1), incrementándose en el quinto al 4.6. Es evidente que el segundo año

obtiene el menor promedio. En cuanto al indicador tendencia a la enfermedad, es el primer año el que tiene el menor valor con 3.7, incrementándose del segundo al cuarto (3.8, 3.8, 4.1) llegando al quinto con el 4.8. En relación a la subdimensión cambios funcionales, el indicador ***declinación funcional*** presenta en los cinco años de estudio promedios mayores a 4 (4.1, 4.1, 4.2, 4.3 y 4.7).

Lo expresado permite considerar que las actitudes de los estudiantes tienen un mayor acercamiento a los cambios funcionales que a la apariencia física. Es decir, tendrían mayor disposición a ayudar a un adulto mayor, aceptar que los adultos mayores pueden realizar actividades por sí solos y que es comprensible la declinación funcional por la cual el adulto mayor tenga algún grado de dependencia para las actividades de la vida diaria; a diferencia de no acercarse a la aceptación de la aparición de canas y arrugas, y con menor intensidad a considerar que los adultos mayores siempre están enfermos.

El promedio total de 4.1 obtenido por los cinco años de estudio en el indicador ***cambios corporales*** de la subdimensión cambios biológicos denota aceptación a los cambios celulares, biológicos y funcionales por sistemas corporales producidos durante el envejecimiento y que dificultan el mantenimiento de la homeostasis del adulto mayor. El quinto año por obtener el promedio de 4.6 tiene mayor aceptación hacia los cambios corporales que los años anteriores.

El ítem relacionado con la sexualidad en el adulto mayor obtuvo un promedio de 4.1, y según años de estudio, es menor en los dos primeros años de estudio representados con 3.9 para el 1º y 3.7 para el 2º lo que es de esperar por la influencia de las creencias y prejuicios que orientan

negativamente las actitudes hacia la persona adulta mayor que comúnmente es referida como un individuo discapacitado sexual, impotente y asexual. (Ver Anexo P)

Estos resultados se asemejan a los hallazgos de la investigación de Elmer Enrique Santos León “Actitudes de los estudiantes de enfermería de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos hacia la sexualidad en ancianos” encontró que en promedio, la actitud de los estudiantes de enfermería es de ligera aceptación y dirección positiva.

Asimismo la investigación “Prejuicios y actitudes hacia la sexualidad en la Vejez” encontró que la población de personas jóvenes, constituida por jóvenes de 16 a 36 años, aceptaba en un 96,6% que los adultos mayores tienen derecho al amor y de tener actividad sexual. De modo similar, esto también demuestra una tendencia a la positividad en las actitudes de los jóvenes.

El ítem relacionado a la **tendencia a la enfermedad** tiene un promedio 4.0 lo que denota ligera aceptación de los estudiantes a la condición de vulnerabilidad de los adultos mayores derivado de los cambios biológicos y celulares que alteran el funcionamiento de los sistemas corporales y la homeostasis, y por tanto afectan la capacidad de respuesta al estrés de los individuos, situación que los predispone a padecer enfermedades crónicas que tienen como consecuencia un incremento en la carga psicológica, social y económica, y aumento en la demanda de servicios de salud en esta etapa de vida.

Respecto a esta dimensión del envejecimiento, Saturnino Magallán encontró que los indicadores biológicos de *cambios corporales*, la *enfermedad en el adulto mayor* y la *sexualidad en el adulto mayor*



alcanzaron promedios que denotan indecisión (4,37; 5,07 y 4,25 respectivamente en una escala de 1-8).

### **B.3 ACTITUDES DE LOS ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA HACIA EL ENVEJECIMIENTO PSICOLÓGICO**



Fuente: Encuesta a los estudiantes de Enfermería de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 2008

El gráfico N° 4 muestra que en la actitud de indiferencia, el nivel más frecuente es el moderado que obtiene el 24,75%, seguido de la indiferencia fuerte con el 14,85% y la indiferencia leve con el 12,38%; es clara la diferencia porcentual entre la indiferencia moderada con la fuerte y leve. En relación al rechazo, resalta el valor alcanzado por el rechazo moderado de 16,34% que es el mayor dentro de esta categoría; el rechazo fuerte alcanza el 5,45% y el leve el menor valor, representado por 2,48%. Igualmente, son marcadas las diferencias porcentuales entre el rechazo moderado con el rechazo fuerte y leve.

En cuanto a la aceptación, su distribución por niveles de intensidad es muy pareja obteniendo la aceptación moderada el 9,41%, la leve el 8,42% y la aceptación fuerte el 5,94%.

Como se observa tiene primacía la indiferencia moderada, seguida del rechazo moderado y la aceptación moderada. Si bien es cierto la aceptación fuerte tiene 5,94%, el rechazo fuerte obtiene un porcentaje muy aproximado de 5,45%, lo que indicaría que la intensidad fuerte no es representativa.

**CUADRO Nº 5**  
**DIRECCIÓN E INTENSIDAD DE LAS ACTITUDES DE LOS**  
**ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA DE LA UNMSM HACIA EL**  
**ENVEJECIMIENTO PSICOLÓGICO, SEGÚN AÑOS DE ESTUDIO**  
**SETIEMBRE-OCTUBRE 2008**

	AÑO DE ESTUDIO										TOTAL	
	1º		2º		3º		4º		5º			
ACTITUD	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Rechazo fuerte	4	9.5	2	5	4	9.3	1	2.6	0	0.0	11	5.4
Rechazo moderado	11	26.2	11	27.5	6	14.0	4	10.3	1	2.6	33	16.3
Rechazo leve	2	4.8	1	2.5	1	2.3	1	2.6	0	0.0	5	2.5
Indiferencia fuerte	8	19.0	9	22.5	10	23.3	3	7.7	0	0.0	30	14.9
Indiferencia moderada	10	23.8	13	32.5	13	30.2	12	30.8	2	5.3	50	24.8
Indiferencia leve	5	11.9	3	7.5	5	11.6	9	23.1	3	7.9	25	12.4
Aceptación leve	1	2.4	1	2.5	2	4.7	8	20.5	5	13.2	17	8.4
Aceptación moderada	1	2.4	0	0.0	1	2.3	1	2.6	16	42.1	19	9.4
Aceptación fuerte	0	0.0	0	0.0	1	2.3	0	0.0	11	28.9	12	5.9
Total	42	100.0	40	100.0	43.0	100.0	39	100.0	38	100.0	202	100.0

Fuente: Encuesta a los estudiantes de Enfermería de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 2008

El cuadro Nº 5 nos permite apreciar la dirección e intensidad de las actitudes de los estudiantes hacia el envejecimiento psicológico en forma

desagregada; así en el primer año, la actitud de indiferencia se presenta en un 54,7%, seguida del rechazo con 40,5% y de aceptación con el 4,8%. Tomando en cuenta niveles, los porcentajes obtenidos más importantes se encuentran, ordenados en forma decreciente, el rechazo moderado con 26,2%, indiferencia moderada con 23,8% e indiferencia fuerte con 19,0%. La aceptación tiene los valores más bajos representados por el 2,4% tanto en la aceptación leve como moderada; no hay ningún estudiante con actitud de aceptación fuerte.

En el segundo año, se tiene que la actitud de indiferencia tiene el mayor valor con 62,5% seguido por el rechazo con el 35% y la aceptación con el 2,5%. Por niveles, se observan valores elevados en indiferencia moderada con el 32,5%, rechazo moderado con el 27,5% e indiferencia fuerte representado con 22,5%. No se aprecia valores importantes en la categoría de aceptación, la cual sólo llega a un estudiante en la aceptación leve y ninguno en los niveles moderado y fuerte.

En el tercer año, la actitud de indiferencia alcanza el 65,1% seguido del rechazo con el 25,6% y la aceptación con el 9,3%. Según niveles, los mayores porcentajes son presentados en la indiferencia moderada con el 30,2%, la indiferencia fuerte con el 23,3% y el rechazo moderado con el 14%. A diferencia del segundo año, se observa presencia, aunque en escaso porcentaje, de los niveles de aceptación siendo ligeramente mayor la aceptación leve.

El cuarto año alcanza un 61,6% de indiferencia, seguido de rechazo con 15,5% y aceptación con el 23,1%. Según niveles, se encuentra que la indiferencia moderada tiene el mayor porcentaje, 30,8%, seguido de la

indiferencia leve con el 23,1% y la aceptación leve con el 20,5% siendo esta última la de mayor porcentaje respecto a los anteriores. No hay presencia de estudiantes con aceptación fuerte y el nivel de rechazo fuerte disminuye en relación a los años anteriores.

De modo similar a la dimensión biológica, en el quinto año, se aprecia un incremento notorio en la dirección de positividad entre los internos de enfermería que obtienen un 84,2 % en la categoría de aceptación. La indiferencia obtiene el 13,2%, no teniendo valores en la indiferencia fuerte. En relación al rechazo logra el 2,6% que corresponde al rechazo moderado.

Por los datos, se observa una mejora en la dirección e intensidad de la actitud a través de los años de formación profesional, desde sus niveles más bajos (rechazo fuerte, moderado y leve) a niveles más altos (aceptación fuerte) siendo este último presentado por estudiantes del quinto año.

El envejecimiento psicológico se relaciona a los cambios producidos por el envejecimiento en los procesos sensoriales - perceptuales, destrezas motoras, funcionamiento mental (habilidades cognoscitivas), la personalidad, los impulsos, las emociones y las motivaciones. Aunque existe mucha variabilidad en este proceso entre un individuo y otro, hay muchos mitos y prejuicios que distorsionan la imagen del adulto mayor y la orientan a un individuo totalmente dependiente, senil, inseguro y solitario.

Este concepto es de gran importancia en el cuidado de enfermería puesto que obliga al enfermero a eliminar prejuicios y considerar al adulto

mayor como un sujeto de atención que conserva muchas potencialidades y habilidades cognoscitivas. Debido a esto, la tendencia a la indiferencia presentada en las actitudes de los estudiantes podría repercutir en el cuidado de enfermería orientado a los aspectos psicológicos del envejecimiento.

**CUADRO N° 6**  
**PROMEDIOS OBTENIDOS EN LOS INDICADORES DE LA DIMENSIÓN**  
**PSICOLÓGICA DEL ENVEJECIMIENTO, SEGÚN**  
**AÑO DE ESTUDIO. 2008**

SUB	INDICADORES	AÑOS DE ESTUDIO					TOT AL
		1º	2º	3º	4º	5º	
CFP	<i>Cambios en las habilidades cognoscitivas</i>	3.8	3.8	3.9	4.0	4.7	4.0
CP	<i>Dependencia</i>	4.0	4.1	4.1	4.4	4.7	4.3
RP	<i>Sentimientos de soledad</i>	3.9	4.0	4.0	4.2	4.7	4.2

Fuente: Encuesta a los estudiantes de Enfermería de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 2008

Leyenda:

SUB: Subdimensión

CFP: Cambios en las funciones psíquicas

CP: Cambios en la personalidad

RP: Reacciones psicológicas

Observando los datos del cuadro N° 6, el mayor promedio total corresponde al indicador ***dependencia*** alcanzando el 4.3. Según años de estudio, el promedio va incrementándose de 4.0 en el primer año, pasando por 4.1 para el segundo y tercero, un aumento a 4.4 en el cuarto año y 4.7 para el quinto año. Estos hallazgos indican que los estudiantes de enfermería no consideran al adulto mayor como un individuo decrepito y dependiente; por el contrario, comprenden los cambios que se producen en la personalidad de algunos adultos mayores que se derivan de las pérdidas acumulativas del envejecimiento y a los sentimientos de minusvalía derivados de su condición de salud.

Los estudiantes rechazan el ítem que afirma la dependencia de las personas adultas mayores para la toma de decisiones y que alcanzó un promedio de 4.5, el mayor dentro de este indicador. (Ver anexo Q) Esto revelaría que los estudiantes consideran que un adulto mayor puede mantenerse autosuficiente para formar una opinión y tomar una decisión responsable.

A diferencia de estos hallazgos, los resultados de la investigación de Saturnino Magallán Galoc en la dimensión psicológica revelan una actitud de rechazo en el indicador *independencia* (3,95) en los enfermeros asistenciales, lo que demuestra la influencia de prejuicios y estereotipos negativos de la vejez impuestos socialmente.

El menor promedio obtenido por la totalidad de estudiantes en la dimensión psicológica del envejecimiento fue de 4.0 que corresponde a la subdimensión cambios en las funciones psíquicas y al indicador ***cambios en las habilidades cognoscitivas***. Según años de estudio, tiene una tendencia a una mayor positividad conforme transcurren los mismos con promedios de 3.8 para el primer y segundo año, 3.9 para tercero, 4.0 para cuarto y 4.7 para el quinto año que es un valor bastante mayor en relación a los años anteriores.

El ítem con mayor promedio es el que está relacionado a la disminución de la velocidad de reacción con 4.5. (Ver anexo Q) Esto indicaría que en su mayoría, los estudiantes comprenden que las personas adultas mayores necesitan más tiempo para contestar que una persona joven sin que esto afecte su capacidad para resolver problemas que se denomina inteligencia. (Lehr, 1980)

El ítem que alude a la capacidad del adulto mayor para aprender alcanzó un promedio de 4.1 lo que indica que los estudiantes afirman que los

adultos mayores pueden seguir participando en actividades educativas pero que necesitan de otro tipo de recursos visuales, auditivos y metodológicos para su aprendizaje. (Brunner, 1998)(Ver anexo Q)

El ítem que tiene el menor promedio en este indicador, 3.6, se refiere a la capacidad de memoria del adulto mayor, siendo el promedio, por años de estudio, 3.5 para el primer año, 3.1 segundo, 3.3 tercero y 3.5 cuarto elevándose a 4.7 en el quinto año. Esto indica que los estudiantes aceptan que todas las personas adultas mayores deben anotar todo para recordarlo y aunque, es cierto que algunos tienen problemas de memoria reciente o cercana, también hay personas de este grupo etáreo con buena capacidad de memoria. (Brunner, 1998) (Ver anexo Q)

El indicador de **soledad** presenta un promedio de 4.2 cuyos promedios parciales, según años de estudio, siguen un orden creciente respecto al avance de los mismos, donde es claro el incremento que se da del cuarto al quinto año pasando de 4.2 a 4.7.

Dentro de sus 5 ítems, 2 de ellos obtuvieron promedios parciales de 4.4 (Ver Anexo Q) lo que indicaría que a los estudiantes les preocupa los sentimientos de soledad en el adulto mayor y que no afirman que éste necesite estar solo para meditar sobre su vida, lo que es positivo pues la soledad es un sentimiento frecuente en las personas de edad avanzada y que surge por la falta de contacto humano que deriva en la sensación de sentirse incompleto y que puede desencadenar problemas de salud. Esto significa que los estudiantes de enfermería entiendan que la soledad es un sentimiento frecuente que se supera mejor con el apoyo social prestado por la familia o por agentes externos como amigos u organizaciones sociales. Asimismo, la soledad en sus formas de objetiva y subjetiva,

pueden conducir al adulto mayor a una situación social de vulnerabilidad, marginación y aislamiento social. (Madoz, 1998)

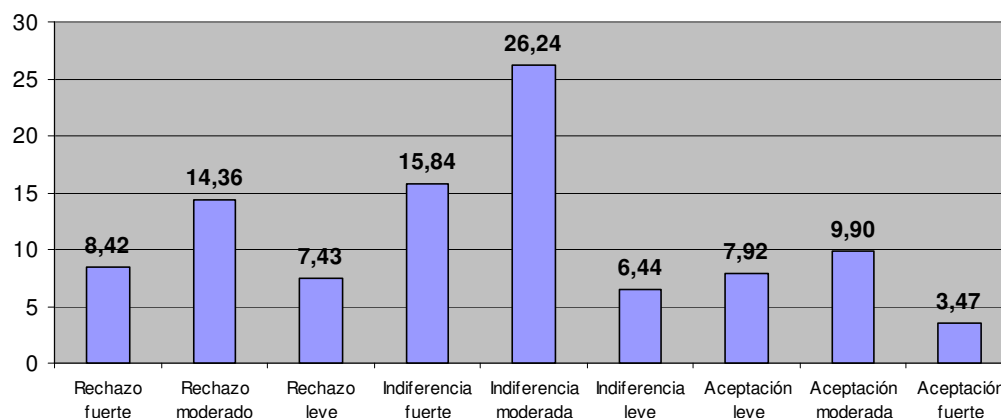
El menor promedio obtenido de 3.8 afirma que la soledad del adulto mayor se relaciona con las pérdidas económicas, afectivas y sociales que va atravesando, haciendo evidente que falta comprensión en los estudiantes de los efectos de las pérdidas acumulativas del envejecimiento (viudez, retiro del trabajo, cambios en su estado de salud, entre otros). (Sánchez Salgado, 2000)

En esta dimensión del envejecimiento se observa en todos los indicadores una tendencia a incrementar la positividad conforme se avanzan los años de estudio. Además, se reafirma que en el quinto año hay un aumento importante de los promedios respecto a los años anteriores, probablemente asociado a las experiencias vividas durante el desarrollo de asignatura de Enfermería en la Salud del Adulto y Adulto Mayor y el Internado.



#### **B. 4 ACTITUDES DE LOS ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA HACIA EL ENVEJECIMIENTO SOCIAL**

**GRÁFICO N° 5**  
**DIRECCIÓN E INTENSIDAD DE LAS ACTITUDES HACIA EL**  
**ENVEJECIMIENTO SOCIAL EN LOS ESTUDIANTES**  
**DE ENFERMERÍA DE LA UNMSM**  
**SETIEMBRE - OCTUBRE 2008**



Fuente: Encuesta realizada a los estudiantes de Enfermería de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 2008

El gráfico N° 5 sobre la dirección e intensidad de las actitudes de los estudiantes de enfermería hacia el envejecimiento social muestra una situación similar a las anteriores dimensiones por presentar el mayor porcentaje de estudiantes con una actitud de indiferencia moderada representada por el 26,24%.

En esta dimensión, en relación al rechazo, se tiene que el rechazo moderado alcanza el mayor porcentaje con el 14,36%; importante observar que el rechazo fuerte alcanza el 8,42% valor mayor que los obtenidos en las dimensiones anteriores es decir el estudiante rechaza con más intensidad la dimensión de envejecimiento social.

En cuanto a la aceptación, su distribución por niveles de intensidad muestra que la aceptación moderada obtiene el porcentaje de 9,9% muy

cercano al de la aceptación leve con 7,92%; la aceptación fuerte tiene el menor porcentaje alcanzando el 3,47%, siendo a su vez, el menor porcentaje de aceptación fuerte en relación a la dimensión biológica y psicológica del envejecimiento. Los porcentajes obtenidos en la actitud de aceptación son menores a los de indiferencia y rechazo.

No es alentador, la alta concentración de actitudes de indiferencia y rechazo moderado y las bajas cantidades porcentuales en los niveles de aceptación. Este es un predictor poco positivo del futuro comportamiento y ejercicio profesional con las personas adultas mayores, población que actualmente está incrementándose por el aumento de esperanza de vida y genera una alta demanda en los servicios de salud.

**CUADRO Nº 7**  
**DIRECCIÓN E INTENSIDAD DE LAS ACTITUDES DE LOS**  
**ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA DE LA UNMSM HACIA EL**  
**ENVEJECIMIENTO SOCIAL, SEGÚN AÑOS DE ESTUDIO**  
**SETIEMBRE - OCTUBRE 2008**

	AÑO DE ESTUDIO										TOTAL	
	1º		2º		3º		4º		5º			
ACTITUD	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Rechazo fuerte	7	16.7	3	7.5	5	11.6	2	5.1	0	0.0	17	8.4
Rechazo moderado	9	21.4	12	30.0	3	7.0	3	7.7	2	5.3	29	14.4
Rechazo leve	3	7.1	4	10.0	6	14.0	2	5.1	0	0.0	15	7.4
Indiferencia fuerte	11	26.2	7	17.5	8	18.6	6	15.4	0	0.0	32	15.8
Indiferencia moderada	9	21.4	11	27.5	17	39.5	14	35.9	2	5.3	53	26.2
Indiferencia leve	1	2.4	0	0.0	2	4.7	4	10.3	6	15.8	13	6.4
Aceptación leve	2	4.8	3	7.5	1	2.3	7	17.9	3	7.9	16	7.9
Aceptación moderada	0	0.0	0	0.0	1	2.3	1	2.6	18	47.4	20	9.9
Aceptación fuerte	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	7	18.4	7	3.5
Total	42	100.0	40	100.0	43	100	39	100	38	100	202	100

Fuente: Encuesta realizada a los estudiantes de Enfermería de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 2008

El cuadro Nº 7 muestra la dirección e intensidad de las actitudes de los estudiantes de enfermería hacia el envejecimiento social según años de estudio. En el primer año, la indiferencia alcanza el 50,0%, seguida del rechazo con 45,2% y de aceptación con el 4,8%. Tomando en cuenta niveles, los porcentajes obtenidos más importantes se encuentran, presentados en forma decreciente, la indiferencia fuerte con 26,2%, seguido por el rechazo moderado y la indiferencia moderada con el 21,4% cada uno y el rechazo fuerte que logra el 16,7% que es el mayor porcentaje de rechazo, con dicha intensidad, en los cinco años de estudio.

La aceptación leve alcanza el 4,8% y no hay estudiantes con actitud de aceptación moderada y fuerte.

En el segundo año, se tiene que la actitud de rechazo tiene el mayor valor con 47,5% seguido por la indiferencia con el 45% y la aceptación con el 7,5%. Por niveles, se observan valores elevados en rechazo moderado con el 30,0%, seguido de la indiferencia moderado con el 27,5% y la indiferencia fuerte representado con 17,5%. El rechazo fuerte alcanza porcentajes menores que el primer año. En relación a la aceptación leve, se incrementa al 7,5%. No se aprecia ningún estudiante con actitud de aceptación moderada y fuerte.

En el tercer año, la actitud de indiferencia alcanza el 62,8% que presenta el mayor porcentaje obtenido en esta dirección en los cinco años de estudio. El rechazo logra el 32,6% y la aceptación el 4,6% que es el menor valor alcanzado en esa dirección en los cinco años de estudio. Según niveles, los mayores porcentajes son presentados en la indiferencia moderada con el 39,5%, la indiferencia fuerte con el 18,6% valor incrementado en relación al segundo año y le sigue el rechazo leve con el 14%. En relación al rechazo fuerte, éste aumenta respecto al segundo año alcanzando el 11,6%. La aceptación leve disminuye respecto al año anterior alcanzando el 2,3%. El nivel de aceptación moderada tiene presencia con el 2,3% y en el de aceptación fuerte aún no registra porcentaje, es decir ningún estudiante alcanzó el puntaje que denota dicha intensidad.

El cuarto año alcanza un 61,6% de indiferencia, seguido de rechazo con 17,9% y aceptación con el 20,5%. Según niveles, se encuentra que la

indiferencia moderada tiene el 35,9%, seguido de la aceptación leve con el 17,9% porcentaje que se incrementa notablemente en relación al primero, segundo y tercer año donde logra sólo el 7,5%; y la indiferencia fuerte con el 15,4%. No hay presencia de estudiantes con actitud de aceptación fuerte y el nivel de rechazo fuerte disminuye aún más llegando al 5,1% que representa el menor valor en este nivel de intensidad entre el primer, segundo, tercer y cuarto año de estudio.

En el quinto año, se aprecia que la indiferencia alcanza un porcentaje de 21,1% y la de rechazo el 5,3%, ambos porcentajes son los menores alcanzados en los cinco años de estudio. En relación a la aceptación alcanza el 73,7% que es el mayor porcentaje alcanzado en esta dirección en los cinco años de estudio. Estos datos permiten afirmar que en este año de estudio las actitudes se orientan hacia la aceptación del envejecimiento social aún más si se observa el 18,4% en el nivel de aceptación fuerte teniendo en cuenta que los años anteriores ningún estudiante alcanzó puntaje en este nivel de intensidad. En relación al rechazo fuerte y en comparación con los años anteriores, en el quinto, ningún estudiante logró este nivel, lo que es favorable.

El envejecimiento social comprende los cambios que se producen durante el envejecimiento en la identidad social y personal del individuo, su rol y hábitos en la sociedad, y las redes sociales. Esto quiere decir que la mayoría de estudiantes de enfermería tiene una predisposición de indiferencia o desinterés hacia el entorno y esfera social del adulto mayor, lo cual podría deberse al desconocimiento del efecto de las pérdidas sociales en esta etapa de vida, y a la influencia de los múltiples mitos y estereotipos que refuerzan la imagen negativa de los adultos mayores.

Estos elementos no son buenos predictores de la conducta del futuro profesional de enfermería durante la prestación del cuidado a una persona adulta mayor pues la relación de ayuda enfermero – paciente no sería eficaz.

Es saludable resaltar que en el cuarto año se incrementa la aceptación leve y en el quinto año se incrementan notablemente todos los niveles de aceptación, situación contraria a los altos niveles de indiferencia y rechazo que se presentan en los años anteriores. Es indudable que se debe reforzar estrategias en los primeros años en beneficio de orientar las actitudes de los estudiantes hacia la aceptación.

**CUADRO Nº 8**  
**PROMEDIOS OBTENIDOS EN LOS INDICADORES DE LA DIMENSIÓN SOCIAL DEL ENVEJECIMIENTO, SEGÚN AÑOS DE ESTUDIO. 2008**

SUB	INDICADORES	AÑOS DE ESTUDIO					TOTAL
		1º	2º	3º	4º	5º	
TAS	<i>Cambios en las redes y contactos sociales</i>	4.1	4.3	4.3	4.4	4.8	4.4
TMS	<i>Hostilidad social y familiar</i>	4.1	4.1	4.2	4.4	4.8	4.3
PES	<i>Cambios en la identidad personal</i>	3.7	3.7	3.7	4.0	4.7	4.0
PES	<i>Cambios en la identidad social</i>	3.8	3.9	3.8	4.3	4.7	4.1
PES	<i>Cambios en los roles sociales</i>	4.1	4.2	4.1	4.3	4.8	4.3
PES	<i>Pérdida de prestigio</i>	4.2	4.1	4.3	4.3	4.7	4.3

Fuente: Encuesta a los estudiantes de Enfermería de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 2008

Leyenda:

SUB: Subdimensión

TAS: Tendencia al aislamiento social

TMS: Tendencia a la marginación social

PES: Pérdida del estatus social

El cuadro N° 8 permite visualizar que la subdimensión tendencia al aislamiento social con su indicador ***cambios en las redes y contactos sociales*** obtiene un promedio de 4.4, el mayor de todos los indicadores de esta dimensión. De acuerdo a su distribución por años de estudio, se tiene que hay un aumento progresivo en el promedio parcial conforme se avanzan los mismos, donde 4.1 corresponde al primer año, 4.3 al segundo y tercero, 4.4 para el cuarto y un aumento notorio en el quinto año hasta 4.8.

El ítem con mayor promedio de 4.6 es el que afirma que las relaciones con sus familiares brindan beneficios al adulto mayor. (Ver anexo R) Esto indica que los estudiantes aceptan que a la persona adulta mayor le resulta difícil acostumbrarse a las pérdidas frecuentes del envejecimiento tales como los déficits sensoriales, la pérdida del cónyuge, familiares y amigos por muerte y jubilación, entre otros; y por lo tanto, su convivencia con otros familiares o el incremento de las relaciones interpersonales con sus pares pueden mejorar su estado emocional. (Sánchez Salgado, 2000)

Respecto a la subdimensión de tendencia a la marginación social, se tiene que el indicador ***Hostilidad social y familiar*** logra un promedio de 4.3. Tal y como sucedió en el subdimensión anterior, según años de estudio, el promedio va aumentando conforme avanzan los años de estudio teniendo que primero y segundo año lograron 4.1, el tercero 4.2, 4.4 para el cuarto y llegando a su mayor valor en el quinto año con 4.8. El ítem de mayor promedio, 4.7, relacionado a la hostilidad familiar afirma la satisfacción que tienen los estudiantes al observar a una persona adulta mayor protegida e integrada a su unidad familiar. (Ver Anexo R) Esto demostraría que gran parte de los estudiantes de enfermería advierte a la

familia como principal agente de soporte pues le brinda apoyo asistencial, emocional y económico al adulto mayor. (Puga, et al, 2007)

El ítem que alcanzó menor promedio, 3.8, es el que tiene relación con la hostilidad social y que afirma que todos los adultos mayores que viven solos son muy renegones y tercos. (Ver anexo R) Esto significaría que hay estudiantes que aceptan esta afirmación y quienes estarían influenciados por estereotipos negativos del envejecimiento y el mito de la inflexibilidad que alude a la imagen de un adulto mayor que no se adapta a los cambios y no acepta contradicciones. Sin embargo, al analizarlo por años de estudio, se observa que del promedio de 3.3 alcanzado en el segundo año, aumenta en el cuarto a 4.2 y en el quinto año a 4.7.

Los 2 ítems que proyectan la idea de un adulto mayor pasivo e improductivo obtuvieron un promedio de 4.4. (Ver anexo R) Esto refleja que los estudiantes rechazan la idea de que el adulto mayor sea una carga económica, a pesar de la existencia de estereotipos y prejuicios negativos en la sociedad moderna que afectan la imagen de la vejez debido al decaimiento de su fortaleza física que deriva en un retiro obligado de la actividad laboral productiva, impuesto por la misma sociedad.

El ítem que alude al apoyo de las generaciones más jóvenes a la población adulta mayor obtiene un promedio total alto de 4.5. (Ver anexo R) Esto indica que los estudiantes aceptan la idea de establecer un nuevo contrato intergeneracional que estimule el respeto y apoyo entre generaciones, incrementando la participación social del adulto mayor, condición que favorece un envejecimiento saludable, activo y exitoso.

Los 2 ítems que aceptan expresiones de hostilidad familiar hacia el adulto mayor obtuvieron promedios de 4.4 significando que los estudiantes rechazan estas afirmaciones y por tanto, no aceptan el desplazamiento del



adulto mayor del apropiamiento del hogar y del núcleo familiar que lo conducen a estados de depresión, desequilibrio emocional y deseos de morir para no ser una molestia ni una carga; por el contrario, aceptan su rol de protección y de mantenimiento de una buena autoestima y del rol activo del adulto mayor. (Alicia Forttes, 2004) (Ver anexo R)

En la subdimensión pérdida de estatus social, los indicadores ***cambios en los roles sociales*** y ***pérdida de prestigio*** obtuvieron el mayor promedio que es de 4.3.

Según años de estudios, el primero de ellos tiene un promedio de 4.1 en el primer año, que aumenta ligeramente en el segundo a 4.2, disminuye nuevamente en el tercero a 4.1, se incrementa en el cuarto a 4.3 y más aún en el quinto año donde alcanza el 4.8. Mientras que el indicador pérdida de prestigio comienza con 4.2 en el primer año, disminuye en el segundo a 4.1, y vuelve aumentar a 4.3 para tercero y cuarto y finalmente, se incrementa aún más en el quinto hasta 4.7.

En el indicador ***Pérdida de prestigio***, el ítem que afirma que es inútil el intento de un adulto mayor de enseñar algo a un joven logró un promedio de 4.4, el más alto de este indicador; mientras que los otros dos ítems, que hacen referencia al valioso aporte de sus experiencias, obtienen 4.3 cada uno; indicando que los estudiantes de enfermería rescatan los aportes que las personas en edad avanzada pueden realizar gracias a su experiencia y la trascendencia que tienen para orientar las experiencias de generaciones más jóvenes. (Bermejo, 1997) (Ver anexoR)

En el indicador ***cambios en los roles sociales***, el ítem negativo que dice literalmente “*es correcto afirmar que toda persona adulta mayor*

*debe sentarse en una mecedora a esperar la muerte*”, alcanzó un promedio bastante significativo de 4.8. Esto afirma que los estudiantes no consideran al envejecimiento como una etapa de pasividad y de espera al desenlace de la vida. De igual modo, los estudiantes comprenden la valía de los adultos mayores y de su posibilidad de cumplir metas, que se ven cegadas por la injusticia de la sociedad de disminuir su participación social, situación que es expresada en un ítem que alcanzó el 4.2. Sin embargo, aceptan que un adulto mayor debe permanecer en casa y encargarse de los nietos, lo que es afirmado en un ítem que alcanzó 3.8 de promedio. (Ver Anexo R)

El indicador de ***cambios en la identidad personal*** del adulto mayor tiene un promedio de 4.0, el menor promedio en la subdimensión de pérdida de estatus. Según años de estudio, el promedio de 3.7 se mantiene en los tres primeros años, seguido de un aumento en el cuarto a 4.0 y más aún en el quinto con 4.7.

El ítem que afirma el efecto de los cambios producidos en el envejecimiento en la identidad personal del adulto mayor alcanzó sólo 3.6. (Ver Anexo R) Esto hace suponer que los estudiantes no comprenden el efecto negativo de la negación a los cambios físicos, los estereotipos y prejuicios negativos de la sociedad y las pérdidas frecuentes del envejecimiento en su identidad, que según Laing es el sentido que un individuo da a sus actos, percepciones, motivos e intenciones por las que uno siente que es “él mismo”. Es decir que ignoran la crisis de identidad que sufre un adulto mayor que se evidencia porque éste no tiene conciencia de sí mismo y como consecuencia, encuentra poco sentido a su vida. La teoría de la actividad hace hincapié en este tema, pues explica que debe haber una restitución de roles para que el individuo se enfrente a

las pérdidas asociadas a la vejez y sus efectos desmoralizantes. (Sánchez Salgado, 2000)

El indicador de ***cambios en la identidad social*** logró un promedio de 4.1 que analizado según años de estudio, se observa que en el primer año tiene un promedio de 3.8, que se eleva en el segundo a 3.9, volviendo a descender a 3.8 en el tercer año y se eleva considerablemente en el cuarto a 4.3 y más aún, en el quinto año a 4.7.

El ítem que corresponde a la disposición de contribuir en la recuperación de la identidad social de un adulto mayor obtiene 4.4 de promedio, lo que refleja una actitud de aceptación e interés por incorporar al adulto mayor a la sociedad y a que participe en ella en el desempeño de roles importantes que constituye un derecho.

El ítem que corresponde a la afirmación de que el adulto mayor ya no le interesa desempeñar roles importantes dentro de la sociedad logró un promedio de 3.8 lo que indica que los estudiantes tienen aceptación baja en reconocer la importancia de recuperar la identidad social del adulto mayor para que supla sus necesidades de pertenencia y supere una de las crisis del envejecimiento, explicadas por Bermejo y Laforest.

De modo contrario, los resultados encontrados por Saturnino Magallán Galoc en enfermeros asistenciales, los promedios obtenidos en los indicadores sociales *aporte a la sociedad* (5,06), *interacción social en el adulto mayor* (4,74), *lo que piensa de sí mismo* (4,65), *interés por la actividad* (promedio: 5,06) y *la capacidad de interrelación* (4,87) denotan indecisión.

## **B.5 PRUEBA DE HIPÓTESIS**

Considerando que cada año de estudio se comporta como una población, se hizo uso de la prueba de análisis de varianza (ANOVA). Esta prueba paramétrica permitió encontrar la distribución de datos y la comparación de medias poblacionales en función de medias muestrales. Las medias muestrales permitieron la generalización de datos a medias poblacional con un margen de error de 5%, usando el principio de inferencia o de estimación.

Además se usó la Prueba de Tukey, que evalúa por pares, para hallar cuáles son las poblaciones que se diferencian.

**A) Variable categórica:** Actitudes hacia el envejecimiento en los estudiantes de enfermería.

### *1. Planteamiento de la hipótesis:*

Ho:  $\mu_1 = \mu_2 = \mu_3 = \mu_4 = \mu_5$  No existe diferencia en la dirección e intensidad de las actitudes de los estudiantes de enfermería hacia el envejecimiento, según años de estudio.

H1:  $\mu_1 \neq \mu_2 \neq \mu_3 \neq \mu_4 \neq \mu_5$  Existe diferencia en la dirección e intensidad de las actitudes de los estudiantes de enfermería hacia el envejecimiento, según años de estudio.

2.  $\alpha = 0,05$  nivel de significación para la prueba

### 3. Criterios de decisión

Si:  $p < 0,05$  se rechaza  $H_0$ .

Si:  $p \geq 0,05$  se acepta  $H_0$ .

4: Se calculan los estadísticos:

**TABLA ANOVA PARA DIFERENCIAR LAS ACTITUDES HACIA EL ENVEJECIMIENTO SEGÚN AÑOS DE ESTUDIO**

Dimensión	Año	Estadísticos			ANOVA F	Prueba de Tukey				
		n°	Media	SD		1°	2°	3°	4°	5°
Actitud hacia el envejecimiento	1°	42	4.0	0.3	0.000*					
	2°	40	4.0	0.3						
	3°	43	4.1	0.3						
	4°	39	4.2	0.3		0.00**	0.00**			
	5°	38	4.7	0.3		0.00**	0.00**	0.00**	0.00**	

\*Anova  $P < 0.05$  significativo

\*\*Prueba Tukey  $P < 0.05$  significativo

5. *Decisión estadística*: Se rechaza la hipótesis nula ( $H_0$ ) porque  $p < 0,05$

6. *Conclusión*: Existe evidencia estadística para aceptar la hipótesis planteada. Por lo tanto, existe diferencia en las actitudes de los estudiantes de enfermería hacia el envejecimiento, según años de estudio. Por la prueba de Tukey se puede concluir que el 5° es mayor significativamente que 1°, 2°, 3°, 4° año de estudio y el 4° es mayor que 2° y 1°

**B) Variable categórica:** Actitudes hacia el envejecimiento biológico en los estudiantes de enfermería.

#### 1. Planteamiento de la hipótesis:

$H_0: \mu_1 = \mu_2 = \mu_3 = \mu_4 = \mu_5$  No existe diferencia en la dirección e intensidad de las actitudes de los estudiantes de enfermería hacia el envejecimiento biológico,

según años de estudio.

H1:  $\mu_1 \neq \mu_2 \neq \mu_3 \neq \mu_4 \neq \mu_5$  Existe diferencia en la dirección e intensidad de las actitudes de los estudiantes de enfermería hacia el envejecimiento biológico, según años de estudio.

2.  $\alpha = 0,05$  nivel de significación para la prueba

### 3. Criterios de decisión

Si:  $p < 0,05$  se rechaza  $H_0$ .

Si:  $p \geq 0,05$  se acepta  $H_0$ .

4: Se calculan los estadísticos:

**TABLA ANOVA PARA DIFERENCIAR LAS ACTITUDES HACIA EL ENVEJECIMIENTO BIOLÓGICO SEGÚN AÑOS DE ESTUDIO**

Dimensión	Estadísticos				ANOVA F	Prueba de Tukey				
	Año	n°	Media	SD		1°	2°	3°	4°	5°
Actitud hacia el envejecimiento biológico	1°	42	4.0	0.5	0.000*					
	2°	40	3.9	0.5						
	3°	43	4.0	0.4						
	4°	39	4.1	0.4			0.00**			
	5°	38	4.7	0.3		0.00**	0.00**	0.00**	0.00**	

\*Anova  $P < 0.05$  significativo

\*\*prueba Tukey  $P < 0.05$  significativo

### 5. Decisión estadística:

Se rechaza la hipótesis nula ( $H_0$ ) porque  $p < 0,05$

6. *Conclusión:* Existe evidencia estadística para aceptar la hipótesis planteada. Por lo tanto, existe diferencia en las actitudes de los

estudiantes de enfermería hacia el envejecimiento biológico, según años de estudio.

La prueba de Tukey concluye con un nivel de significación de 0.05 que el 5º año de estudios es mayor significativamente que 1º, 2º, 3º y 4º año; mientras que el 4º es mayor que 2º.

**C) Variable categórica:** Actitudes hacia el envejecimiento psicológico en los estudiantes de enfermería.

*1. Planteamiento de la hipótesis:*

Ho:  $\mu_1 = \mu_2 = \mu_3 = \mu_4 = \mu_5$  No existe diferencia en la dirección e intensidad de las actitudes de los estudiantes de enfermería hacia el envejecimiento psicológico, según años de estudio.

H1:  $\mu_1 \neq \mu_2 \neq \mu_3 \neq \mu_4 \neq \mu_5$  Existe diferencia en la dirección e intensidad de las actitudes de los estudiantes de enfermería hacia el envejecimiento psicológico, según años de estudio.

2.  $\alpha = 0,05$  nivel de significación para la prueba

*3. Criterios de decisión*

Si:  $p < 0,05$  se rechaza Ho.

Si:  $p \geq 0,05$  se acepta Ho.

*4: Se calculan los estadísticos:*

**TABLA ANOVA PARA DIFERENCIAR LAS ACTITUDES HACIA EL  
ENVEJECIMIENTO PSICOLÓGICO SEGÚN AÑOS DE ESTUDIO**

Dimensión	Estadísticos				ANOVA	Prueba de Tukey				
	Año	n°	Media	SD		1°	2°	3°	4°	5°
Actitud hacia el envejecimiento psicológico	1°	42	3.9	0.4	0.000*					
	2°	40	4.0	0.3						
	3°	43	4.0	0.4						
	4°	39	4.2	0.4		0.00**	0.00**			
	5°	38	4.7	0.3		0.00**	0.00**	0.00**	0.00**	

\*Anova  $P < 0.05$  significativo

\*\*prueba Tukey  $P < 0.05$  significativo

5. *Decisión estadística:* Se rechaza la hipótesis nula ( $H_0$ ) porque  $p < 0,05$

6. *Conclusión:* Existe evidencia estadística para aceptar la hipótesis planteada. Por lo tanto, existe diferencia en las actitudes de los estudiantes de enfermería hacia el envejecimiento psicológico, según años de estudio.

La prueba de Tukey muestra que 5° es mayor significativamente que 1°, 2°, 3° y 4° año; y que el 4° es mayor que 2° y 1

**D) Variable categórica:** Actitudes hacia el envejecimiento social en los estudiantes de enfermería.

1. *Planteamiento de la hipótesis:*

$H_0: \mu_1 = \mu_2 = \mu_3 = \mu_4 = \mu_5$  No existe diferencia en la dirección e intensidad de las actitudes de los estudiantes de enfermería hacia el envejecimiento social, según años de estudio.

$H_1: \mu_1 \neq \mu_2 \neq \mu_3 \neq \mu_4 \neq \mu_5$  Existe diferencia en la dirección e intensidad de las actitudes de los estudiantes de



enfermería hacia el envejecimiento social,  
según años de estudio.

2.  $\alpha = 0,05$  nivel de significación para la prueba

3. *Criterios de decisión*

Si:  $p < 0,05$  se rechaza  $H_0$ .

Si:  $p \geq 0,05$  se acepta  $H_0$ .

4: *Se calculan los estadísticos:*

**TABLA ANOVA PARA DIFERENCIAR LAS ACTITUDES HACIA EL  
ENVEJECIMIENTO SOCIAL SEGÚN AÑOS DE ESTUDIO**

Dimensión	Año	Estadísticos			ANOVA F	Prueba de Tukey				
		n°	Media	SD		1°	2°	3°	4°	5°
Actitudes hacia el envejecimiento social	1°	42	4.0	0.3	0.000*					
	2°	40	4.1	0.3						
	3°	43	4.1	0.4						
	4°	39	4.3	0.3		0.00**	0.00**			
	5°	38	4.8	0.2		0.00**	0.00**	0.00**	0.00**	

\*Anova  $P < 0.05$  significativo

\*\*prueba Tukey  $P < 0.05$  significativo

5. *Decisión estadística:*

Se rechaza la hipótesis nula ( $H_0$ ) porque  $p < 0,05$

6. *Conclusión:* Existe evidencia estadística para aceptar la hipótesis planteada. Por lo tanto, existe diferencia en las actitudes de los estudiantes de enfermería hacia el envejecimiento social, según años de estudio.

La prueba de Tukey muestra que el 5° es mayor significativamente que 1°, 2°, 3° y 4° año; y que el 4° es mayor que 2° y 1°

## **CAPÍTULO IV: CONCLUSIONES, LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES**

### **A. CONCLUSIONES**

- Los estudiantes de enfermería de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, en su mayoría, presentan una actitud de indiferencia hacia el envejecimiento que desagregada en niveles de intensidad, alcanza su mayor expresión en el moderado.
- Según años de estudio, el quinto año tiene los porcentajes de aceptación más altos hacia el envejecimiento, precedido por el cuarto año, siendo los tres primeros los que obtienen los menores porcentajes de aceptación.
- Existe diferencia significativa en la dirección e intensidad de las actitudes de los estudiantes de enfermería hacia el envejecimiento, según años de estudio, siendo el 5º año el de mayor significancia respecto al 1º, 2º, 3º y 4º año de estudio; el 4º es mayor significativamente que el 1º y 2º.
- La dirección de las actitudes es similar en las tres dimensiones del envejecimiento, donde hay una alta cifra porcentual de indiferencia, seguida por el rechazo y luego la aceptación, con valores muy cercanos entre las dos últimas.

- En la dimensión biológica del envejecimiento, la dirección e intensidad de las actitudes de los estudiantes es de indiferencia fuerte, seguido de la indiferencia moderada y leve.
- Según años de estudio, en la dimensión biológica, la dirección e intensidad de la actitud de los estudiantes del primer, segundo y tercer año son similares, obteniendo el mayor valor en la indiferencia fuerte seguido de la moderada. En el segundo año, es mayor el rechazo fuerte y sólo en el tercero hay aceptación fuerte con un mínimo valor. En el cuarto año es de indiferencia leve seguido de la indiferencia fuerte, mientras que el quinto año muestra mayores porcentajes en la aceptación fuerte y moderada, denotando mayores niveles de aceptación en relación a los años anteriores y, ausencia de rechazo en todos sus niveles de intensidad.
- Existe diferencia significativa en la dirección e intensidad de las actitudes de los estudiantes de enfermería hacia el envejecimiento biológico, según años de estudio. El 5º año de estudios es significativamente mayor que 1º, 2º, 3º y 4º año; mientras que el 4º es mayor que el 2º.
- En la dimensión biológica del envejecimiento, hay mayor aceptación de los aspectos relacionados con los cambios funcionales que ocurren durante el envejecimiento que con los cambios biológicos.
- En la dimensión psicológica del envejecimiento, la dirección e intensidad de las actitudes de los estudiantes es de indiferencia moderada, seguida de rechazo moderado e indiferencia fuerte.
- Según años de estudio, en la dimensión psicológica del envejecimiento, los estudiantes del primer año tienen una actitud de rechazo moderado seguido de la indiferencia moderada. En segundo año la actitud es de indiferencia moderada seguida de indiferencia fuerte. En el tercero hay disminución en el rechazo moderado y se mantienen la indiferencia

moderada y fuerte. Es en el cuarto año que se incrementan la indiferencia leve y aceptación leve disminuyendo el rechazo fuerte. En el quinto año predomina la actitud de aceptación en sus tres niveles de intensidad encontrándose en primer lugar el nivel moderado, seguido del fuerte y leve, disminuyendo el rechazo moderado y con ausencia de rechazo fuerte y leve e indiferencia fuerte.

- Existe diferencia significativa en la dirección e intensidad de las actitudes de los estudiantes de enfermería hacia el envejecimiento psicológico, según años de estudio. El 5º año es mayor significativamente que 1º, 2º, 3º y 4º año; y el 4º es mayor que 1º y 2º.
- En la dimensión psicológica del envejecimiento, existe mayor rechazo a aceptar la dependencia funcional, seguida de la soledad y en último lugar los cambios producidos en las habilidades cognitivas.
- En la dimensión social del envejecimiento, la dirección e intensidad de las actitudes de los estudiantes es de indiferencia moderada, seguida de indiferencia fuerte y rechazo moderado.
- Según años de estudio, en la dimensión social del envejecimiento, la dirección e intensidad de las actitudes en los estudiantes del primer año es de indiferencia fuerte seguida de rechazo moderado e indiferencia moderada. El segundo año tienen porcentajes elevados de rechazo moderado seguido de indiferencia moderada y fuerte. En el tercero la actitud se concentra en la indiferencia moderada seguida de la indiferencia fuerte y rechazo leve, aumentando el rechazo leve y sin presencia de aceptación fuerte. El cuarto año concentra sus porcentajes en los niveles de indiferencia moderada, seguida de la aceptación leve menores, disminuyendo notablemente el rechazo respecto a los años anteriores y sin presencia de aceptación fuerte. En el quinto año la dirección de la actitud es de aceptación moderada seguida de la

aceptación fuerte e indiferencia leve, sin ningún valor en el rechazo e indiferencia fuerte.

- Existe diferencia significativa en la dirección e intensidad de las actitudes de los estudiantes de enfermería hacia el envejecimiento social, según años de estudio. El 5° es mayor significativamente que 1°, 2°, 3° y 4° año; y el 4° es mayor que 1° y 2°.
- En la dimensión social del envejecimiento, los estudiantes de enfermería rechazan los aspectos relacionados a los cambios en las redes y contactos sociales, seguida de la Hostilidad social y familiar y finalmente, rechazan menos los aspectos relacionados a la pérdida de estatus.

## **B. LIMITACIONES**

- Los resultados obtenidos en la presente investigación son aplicables sólo a la institución que fue área de estudio.

## **C. RECOMENDACIONES**

De la realización del presente trabajo, se derivan las siguientes recomendaciones:

- Realizar estudio similar aplicando la técnica del diferencial semántico que permita analizar la variable haciendo uso de los adjetivos bipolares.
- Realizar estudios comparativos sobre la dirección e intensidad de las actitudes de los estudiantes de enfermería hacia el envejecimiento entre instituciones formadoras.
- Estudiar, a través de la opinión de los estudiantes, la efectividad de las experiencias de aprendizaje propuestas en las asignaturas durante los cinco años de estudio en la formación y refuerzo de actitudes positivas hacia el envejecimiento.

- Realizar investigaciones cualitativas que permitan profundizar en las actitudes de los estudiantes de enfermería hacia el proceso de envejecimiento que orienten mejor las estrategias que favorezcan la modificación de actitudes de rechazo a aceptación.
- Que el Departamento de Enfermería y la Escuela de Enfermería revisen los contenidos teóricos y experiencias de aprendizaje propuestos en las asignaturas de los cinco años de estudio relacionadas con el envejecimiento y el cuidado a la persona adulta mayor, con la consecuente propuesta de estrategias pedagógicas que favorezcan en el estudiante el fortalecimiento de actitudes positivas hacia el envejecimiento y la reorientación de las negativas.
- Que el Departamento Académico de Enfermería fortalezca en los docentes conocimientos y actitudes de acercamiento hacia el envejecimiento y sus cambios y, por extensión, al cuidado de la persona adulta mayor, favoreciendo ser modelos para los estudiantes.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Pamela Babb. Manual de Enfermería Gerontológica. Editorial Mc Graw Hill. 10° edición. México. 1998. p 3
- (2) Brunner y Suddarth. Enfermería Médico Quirúrgica. Editorial Interamericana Mc Graw Hill. 7° edición. 1998. p 176.
- (3) Carmen Delia Sánchez Salgado. Gerontología Social. 1° edición. Argentina. 2000. p 33.
- (4) Organización de las Naciones Unidas. Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento. España. 2002. pp 1-2
- (5) Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perfil del Adulto Mayor. INTRA-II. Desarrollando respuestas integradas de los Sistemas de Cuidados de la Salud para una población en rápido envejecimiento. Perú. 2004. p 19
- (6) Instituto Nacional de Estadística e Informática. Censos Nacionales 2007: IX de Población y VI de Vivienda. Perfil sociodemográfico del Perú. 2° edición. Perú. Agosto. 2008. pp 9, 37-44
- (7) Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social. Dirección de Personas Adultas Mayores. Plan Nacional para las Personas Adultas Mayores 2006-2010. 2° edición. 2008. p 13.
- (8) Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), Programa de Lucha Contra la Pobreza en las Zonas Urbano Marginales de Lima Metropolitana (PROPOLI). Perfil Socio - Demográfico del distrito de Lurín. 2006. p 1
- (9) Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social. Reglamento de organización y funciones del Ministerio de la Mujer y Desarrollo social. [En línea], <http://www.mimdes.gob.pe>, [Consulta: 17 junio 2008].

- (10) Op. cit. Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social. Dirección de Personas Adultas Mayores. Plan Nacional para las Personas Adultas Mayores 2006-2010. pp 5, 9.
- (11) Ministerio de Salud. Lineamientos para la Atención Integral de Salud de las Personas Adultas Mayores. 2005. p 1
- (12) Ministerio de Salud. NTS N° 043: Norma técnica de Salud para la Atención Integral de Salud de las Personas Adultas Mayores. 2006. pp. 1-4
- (13) Elmer Enrique Santos León. Actitudes de los estudiantes de enfermería de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos hacia la sexualidad en ancianos. 1992. pp 4 -58
- (14) Néstor Alejandro Cuadros Valer. Actitudes de Enfermeros asistenciales que trabajan en forma permanente y eventual con el anciano en las instituciones de salud de Lima Metropolitana hacia el envejecimiento. 1989. pp 1 – 59.
- (15) Saturnino Magallán Galoc. Actitudes de los Enfermeros asistenciales que trabajan en dos hospitales de Lima Metropolitana hacia el paciente anciano y la atención de enfermería. 1988. pp 3 - 89
- (16) Carmen Luisa Castellano Fuentes, Adelia de Miguel Negredo. Actitudes hacia el envejecimiento y satisfacción en ancianos. pp 1 – 10. [En línea], <http://webpages.ull.es/users/admiguel/activan.pdf>, [Consulta: 6 mayo 2008].
- (17) Imelda Orozco Mares y Domingo David Rodríguez Márquez. Prejuicios y actitudes hacia la sexualidad en la vejez. En: Revista Psicología y Ciencia y Social. Año/volumen 8. Número 1. 2006. Universidad Nacional Autónoma de México. pp 1-7
- (18) Alan Walter. Actitudes hacia el Envejecimiento de la población en Europa. 1999. pp 10-42



- (19) Feliciano Villar Posada. Construcción y evaluación en diferentes cohortes del DSE (Diferencial Semántico del Envejecimiento). 1997. En: Anales de Psicología. Año/volumen 13. Número 1. Universidad de Barcelona. España. pp 31-37
- (20) Dugas. Tratado de enfermería práctica. Editorial Interamericana McGraw Hill. México. 2000. p 39.
- (21) Lluís Salleras Sanmartí. La salud y sus determinantes. En: Salleras Sanmartí L. Educación Sanitaria: principios, métodos y aplicaciones. Madrid. 1985. pp 13 – 28
- (22) Op. cit. Pamela Babb. p 3
- (23) Natalia Fernández Guerra. Ética de la atención geriátrica y envejecimiento poblacional cubano. En: Acta Médica. Volumen 10. 2002. p1
- (24) Organización Panamericana de la Salud. La Atención del anciano: desafío para los años noventa. 1994. pp 14-16
- (25) Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social. Plan Nacional para las Personas Adultas Mayores 2002-2006: Marco Nacional e Internacional. 2004. pp 9-12, 119
- (26) Op. cit. Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social. Dirección de Personas Adultas Mayores. Plan Nacional para las Personas Adultas Mayores 2006-2010. pp. 23, 25, 26.
- (27) Op. cit. Ministerio de Salud. NTS N° 043. pp. 1, 3
- (28) Ministerio de Salud. Guía técnica para el llenado de la Historia Clínica de Atención Integral de Salud del Adulto Mayor. 2006. pp 1-2, 15, 23-25.
- (29) Organización Mundial de la Salud. Salud y envejecimiento. Un documento para el debate. En: “Boletín para el envejecimiento. Perfiles y tendencias”. Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). Observatorio de personas Mayores. España. Noviembre 2001. p. 15.

- (30) Pathfinder International. Atención integral orientada a las necesidades de las personas: Plan Regional de Salud Concertado. 2004. p 58
- (31) Alicia Reyes. Formación e investigación en Enfermería Gerontogeriatrica en Chile. En: Boletín de la Escuela de Medicina. Volumen 29. Número 1-2. Universidad Católica de Chile. 2000. [En línea], <http://escuela.med.puc.cl/publ/boletin/Geriatria/IndiceGeriatria.html>, [Consulta: 3 mayo 2008].
- (32) Graciela Noemí Balanza. Perfil Profesional Requerido en la Formación de los Enfermeros para la Gestión del Cuidado del Anciano. En: Medwave. Año VII. Número 11. 2007. pp 1
- (33) Ibid. Graciela Noemí Balanza. pp 1-4
- (34) Pontificia Universidad Católica de Chile. El Buen Envejecer: Gerontología. Texto 2. 4° edición. 2006. pp 40-41
- (35) Op. cit. Natalia Fernández Guerra. p 1.
- (36) Op. cit. Carmen Delia Sánchez Salgado. pp 36-37
- (37) Ibid. pp 34-35
- (38) Op. cit. Brunner y Suddarth. pp 180 - 186
- (39) Op. cit. Imelda Orozco Mares, Domingo David Rodríguez Márquez. p 1.
- (40) A. Flores Colombino. Sexualidad en el adulto mayor. Lumen Humanitas Editores. Argentina. 1997. p 18
- (41) Barrantes-Monge, et al. Dependencia funcional y enfermedades crónicas en ancianos mexicanos. En: Revista de Salud pública de México. Volumen 49. Suplemento 4. México. Cuernavaca. 2007. pp 1-4
- (42) González César, Ham-Chande Roberto. Funcionalidad y salud: una tipología del envejecimiento en México. Revista Salud Pública de México. Volumen 49 suplemento 4. México. Cuernavaca. 2007. pp 1-2.
- (43) Op. cit. Alicia Reyes. [En línea], <http://escuela.med.puc.cl/publ/boletin/Geriatria/IndiceGeriatria.html>, [Consulta: 3 mayo 2008].

- (44) Guadalupe Dorantes-Mendoza; José Alberto Ávila-Funes; Silvia Mejía-Arango; Luis Miguel Gutiérrez-Robledo. Factores asociados con la dependencia funcional en los adultos mayores: un análisis secundario del Estudio Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México, 2001. En: Revista Panamericana de Salud Pública. Volumen 22. Número 1. Julio 2007. pp 6-7
- (45) Op. cit. Carmen Delia Sánchez Salgado. p 35.
- (46) Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía: CELADE. División de Población de la CEPAL. Las personas mayores en América Latina y El Caribe: Diagnóstico sobre la situación y las políticas. Chile. 2003. pp. 20
- (47) Op. cit. Organización Panamericana de la Salud. La Atención del anciano: desafío para los años noventa. 1994. pp 59-63
- (48) Op. cit. Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social. Plan Nacional para las personas adultas mayores 2006-2010. pp 10, 23, 25
- (49) Op. cit. Carmen Delia Sánchez Salgado. pp 35-36
- (50) Op. cit. Néstor Alejandro Cuadros Valer. pp 25 – 30.
- (51) Mauricio N. Boarini. Adultos Mayores: actitud, aptitud e inserción en la sociedad de las Tecnologías en Información y comunicación (TICs). Argentina. 2006. pp 3-5
- (52) Op. cit. Brunner y Suddarth. pp 179-180.
- (53) Op. cit. Carmen Delia Sánchez Salgado. pp 35-36
- (54) Op. cit. Anika Remuzgo Artesano. p 8.
- (55) José Carlos Bermejo. La Soledad en los Mayores. [En línea], [http://www.humanizar.es/formacion/img\\_documentos/soledad\\_mayores.doc](http://www.humanizar.es/formacion/img_documentos/soledad_mayores.doc), [Consulta: 21 febrero 2008].

- (56) Mercedes Zavala, et al. Funcionamiento Social del Adulto Mayor. En Revista Ciencia y Enfermería. Volumen 12. Número 2. Concepción. 2006. p 54.
- (57) Ursula Lehr. Psicología de la Senectud. Editorial Herder. Barcelona. 1980. pp 275-279.
- (58) Op. cit. José Carlos Bermejo. pp 1-3
- (59) María Teresa Bazo Royo. La familia como elemento fundamental en la salud y bienestar de las personas ancianas. En: Revista Especializada en Geriátría y Gerontología. Volumen 1. Número 26. 1991. p. 48.
- (60) Op. cit. José Carlos Bermejo. pp 1-3
- (61) Ministerio de Salud / Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social / Organización Panamericana de la Salud. Red de Municipios y Comunidades Saludables. Políticas saludables para adultos mayores en los municipios. 2004. p 10.
- (62) Op. cit. José Carlos Bermejo. pp 4,5
- (63) Op. cit. Carmen Delia Sánchez Salgado. p 36
- (64) INSALUD: Programa de atención a las personas mayores. Una sociedad para todas las edades. 1999
- (65) Martha Peláez, Alberto Palloni. La Salud en el Envejecimiento. En: Tomas Engler. Más vale por Viejo. Banco Interamericano de Desarrollo. 2004. pp 67-70.
- (66) Op. cit. Nestor Alejandro Cuadros Valer. pp 30-34
- (67) Op. cit. Carmen Delia Sánchez Salgado. p 145-156
- (68) Op. cit. Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social. Plan Nacional para las personas adultas mayores 2006-2010. pp 25, 31-32
- (69) Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social. Informe PAIS. Avances y Desafíos en la aplicación y seguimiento de la Estrategia Nacional para

América Latina y El Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre Envejecimiento. Perú. pp 5, 22.

(70) Tomás Engler. Más vale por viejo. Banco Interamericano de Desarrollo. 2004. pp 42-44.

(71) Tomás Engler. Envejecimiento poblacional – Oportunidad por un nuevo contrato social. En: Revista Envejeceres. Agosto 2004. p 7.

(72) Op. cit. Carmen Delia Sánchez Salgado. pp 59 – 66

(73) Ibid. Carmen Delia Sánchez Salgado. pp 67 – 76

(74) Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social. “60 años y más”. Volumen 7. Número 1. Agosto 2008. pp 1, 4

(75) David Palacios Valverde. Violencia contra las personas adultas mayores en el Perú. Editorial Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 1999. pp 51-59

(76) Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social. El maltrato en las personas adultas mayores. En: Revista “60 años y más”. Volumen 4. Número 1. 2003. pp 1-3

(77) Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social. Más de 6 mil adultos mayores, víctimas de maltrato fueron atendidos por el MINDES durante los últimos 5 años. 2008. [En línea], <http://www.mimdes.gob.pe>, [Consulta: 17 enero 2008].

(78) Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social. Violencia familiar en las personas adultas mayores en el Perú. 2005. pp 33-47, 51-85

(79) Alicia Forttes B. El Adulto Mayor y la Familia. 2004. [En línea], <http://www.puc.cl/adultomayor/html/diploma/ppt/6.ppt>, [Consulta: 17 enero 2008]

(80) Op. cit. Carmen Delia Sánchez Salgado. pp 162 - 187.

(81) Dolores Puga, Luis Rosero-Bixby, Karen Glaser, Teresa Castro. Red social y salud del adulto mayor en perspectiva comparada: Costa Rica,

España e Inglaterra. En: Revista de Mesoamérica. Volumen 5. Número 1. Artículo 1. Julio – Diciembre. 2007. pp 8 - 12.

(82) Op. cit. Ministerio de Salud / Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social / Organización Panamericana de la Salud. p 10.

(83) Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social. Dirección General de personas adultas mayores. Situación actual de las personas adultas mayores. 2002. pp 42-46

(84) J. Rodríguez Sánchez. Trastorno de identidad, factor común en los alumnos problema de bachillerato. Puebla. 1989. pp 2-10

(85) Asociación Oaxaqueña de Psicología. El problema de la identidad personal en la Psicología del Desarrollo. Boletín Electrónico de la Asociación Oaxaqueña de Psicología. Volumen 4. Nº 1. 2008. pp 77-83

(86) Emma Beatriz Sosa. Municipalidad de Posadas. Identidad social de los adultos mayores en la ciudad de Posadas. Contribución de los ciudadanos Paraguayos. Paraguay. pp 3-4.

(87) José Carlos Bermejo Higuera. Humanizar la salud: Humanización y relación de ayuda en enfermería. Editorial San Pablo. España. 1997. p 106.

(88) Op. cit. Carmen Delia Sánchez Salgado. pp 125-137

(89) Op. cit. Organización Panamericana de la salud. La atención de los ancianos: Un desafío para los años noventa. pp. 89-101

(90) Op. cit. Zavala Mercedes. Funcionamiento social del adulto mayor. p 54.

(91) Op. cit. José Carlos Bermejo. La Soledad en los Mayores. p 11.

(92) Op. cit. Zavala Mercedes. pp 54-56.

(93) Op. cit. Carmen Delia Sánchez Salgado. pp 93-95

(94) Rosana Peris Pichastor, Sonia Agut Nieto. Evolución conceptual de la Identidad social. El retorno de los procesos emocionales. Revista

Electrónica de Motivación y Emoción (REME). Volumen 10. Número 26-27. Diciembre 2007. pp 2-5.

(95) Op. cit. José Carlos Bermejo. La Soledad en los Mayores. p 11.

(96) Diana Ramos De Oliveira, Elena Zubieta. Identidad Social y Personal en Sudamérica: Los efectos del prejuicio, discriminación y las influencias del contexto histórico Brasileño. En: Revista Pensar Iberoamericana. 2006. p 1

(97) Op. cit. Emma Beatriz Sosa. p 3.

(98) Op. cit. Carmen Delia Sánchez Salgado. pp 98-100

(99) Op. cit. Mercedes Zavala G. p 53.

(100) Revista Decisio. Educación de adultos mayores. Envejecimiento. Número 15. Setiembre – Diciembre 2006. p 1-2

(101) Op. cit. Ursula Lehr. pp 222-242.

(102) Op. cit. Carmen Delia Sánchez Salgado. pp 82-85

(103) Ibid. pp 89-92

(104) Ibid. pp 70-72.

(105) Op. cit. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Censos Nacionales 2007: IX de Población y VI de Vivienda. Perfil sociodemográfico del Perú. pp. 20-27

(106) Op. cit. Carmen Delia Sánchez Salgado. pp 85-89.

(107) Op. cit. José Carlos Bermejo. La soledad en los mayores. p10

(108) Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social. 60 Años y Más. Volumen 4. Número 1. 2003. p 4.

(109) Eysenck G., D.W. Texto de Psicología Humana. Editorial El Manual Moderno. México / Argentina. 1980. p 96

(110) David Klerh. Psicología social. Editorial Trillas. 3ª edición. México. 1987. p 152.

- (111) Millar/Keane. Diccionario de Enfermería. Editorial Pearson. 5° edición. 1992. p 22
- (112) Mosby. Diccionario médico Mosby. 3° edición. España. 2000.
- (113) Theodore Newcomb. Manual de Psicología social. Editorial Universitaria. 7º edición. Argentina. Buenos aires. 1981. p 160
- (114) Gagné, R. (1970). Las condiciones del aprendizaje. Aguilar. Madrid. En: Número especial de la Revista de Tecnología Educativa, dedicado exclusivamente a artículos de Gagné, Vol. 5, No 1.
- (115) D. Papalia y S. Wendkos. Psicología. Editorial Mc Graw Hill. México. 1992. p 632
- (116) Actitudes. [En línea], [html.rincondelvago.com/actitudes.html](http://html.rincondelvago.com/actitudes.html)
- (117) Maria L. Calenzani C. Estudio Psicosocial sobre los niveles de ansiedad y actitudes hacia la vejez. 1983. Lima VPRP. pp 10-60
- (118) Linogrin Henry. Introducción a la Psicología Social. Editorial Interamericana. México. 1984. p 98
- (119) Evelyn Cotrina Cisneros, Mireille Mera Cachay. Diferencias en las actitudes, hábitos, habilidades, método, ambiente de estudio y el modo de preparar y realizar las evaluaciones entre los alumnos con alto y bajo rendimiento académico del quinto año de educación secundaria de la institución educativa liceo Trujillo de la ciudad de Trujillo. Universidad Cesar Vallejo. 2007. p4
- (120) Ibid. p 4.
- (121) Rubí Inés García Correa. Actitud de las enfermeras hacia el cuidado integral del paciente con esquizofrenia. Hospital Hermilio Valdizan”. 2006. p 8
- (122) Whittaker. Psicología. Editorial Interamericana. México. 1970. pp 623-624



- (123) Young, K. et al. Psicología de las actitudes. Editorial Paidós. Buenos Aires, Argentina. 1967. p 7
- (124) Robert Dilts. El poder de la palabra. Editorial Urano. 2003. pp 10-30
- (125) William D. Crano. Interés personal, actitudes simbólicas y consistencia actitud-conducta. Universidad de Arizona. En: Revista Psicología Política. Número 8. 1994. pp 103-116
- (126) Op. cit. Carmen Delia Sánchez Salgado. pp 58-76.
- (127) Clara Inés Giraldo Molina. Importancia de los escenarios de aprendizaje en la formación de profesionales de enfermería. En: Revista Investigación y Educación en Enfermería (IEE). Volumen 21. Número 2. Setiembre. 2003. p 2-3.
- (128) Op. cit. José Carlos Bermejo Higuera. Humanizar la salud: Humanización y relación de ayuda en enfermería. pp 7-16.
- (129) Op. cit. Rubí Inés García Correa. p 13
- (130) Op. cit. Noemí Balanza Graciela. pp 1-3
- (131) Myriam Abaunza. Formación en la gerencia del cuidado de enfermería. En: Grupo del Cuidado. Dimensiones del cuidado. p 239
- (132) Op. cit. Alicia Reyes. En: <http://escuela.med.puc.cl/publ/boletin/Geriatria/IndiceGeriatria.html>
- (133) Leonor Luna. ¿Cuidar al anciano o promover el cuidado de sí mismo? "Cada anciano tiene su propia historia...". En: Grupo del Cuidado. Universidad Nacional de Colombia. pp 130-150
- (134) M. Zavala. Formación del estudiante de pregrado en enfermería en gerontología en Chile. En: IV Coloquio de Investigación en Enfermería, Concepción, Chile 1994.
- (135) I. Lange, A. Reyes, M. Zavala, C. Arechabala. Formación de los Estudiantes de Pregrado en Enfermería Gerontológica en Chile. En: Libro de Resúmen del Primer Congreso Iberoamericano de Enfermería Gerontogeriatrica. Logroño. España. 2000. pp. 175- 180.

## BIBLIOGRAFIA

1. ABAUNZA MYRIAM. "Formación en la gerencia del cuidado de enfermería". En: Grupo del Cuidado. Dimensiones del cuidado.
2. ASOCIACIÓN OAXAQUEÑA DE PSICOLOGÍA. "El problema de la identidad personal en la Psicología del Desarrollo". Boletín Electrónico de la Asociación Oaxaqueña de Psicología. Volumen 4. Número 1. 2008.
3. BABB PAMELA. "Manual de Enfermería Gerontológica". Editorial Mc Graw Hill. 10° edición. México. 1998.
4. BALANZA GRACIELA NOEMÍ. "Perfil Profesional Requerido en la Formación de los Enfermeros para la Gestión del Cuidado del Anciano". En: Medwave. Año VII. Número 11. 2007.
5. BARRANTES-MONGE M., et al. "Dependencia funcional y enfermedades crónicas en ancianos mexicanos". En: Revista de Salud pública de México. Volumen 49. Suplemento 4. México. Cuernavaca. 2007.
6. BAZO ROYO MARIA TERESA. "La familia como elemento fundamental en la salud y bienestar de las personas ancianas". En: Revista Especializada en Geriatría y Gerontología. Volumen 1. Número 26. 1991.
7. BERMEJO HIGUERA JOSÉ CARLOS. "Humanizar la salud: Humanización y relación de ayuda en enfermería". Editorial San Pablo. España. 1997.
8. BOARINI MAURICIO N. "Adultos Mayores: actitud, aptitud e inserción en la sociedad de las Tecnologías en Información y comunicación (TICs)". Argentina. 2006.

9. BRUNNER Y SUDDARTH. “Enfermería Médico Quirúrgica”. Editorial Interamericana Mc Graw Hill. 7º edición. 1998.
10. CALENZANI C. MARIA L. “Estudio Psicosocial sobre los niveles de ansiedad y actitudes hacia la vejez”. 1983. Lima VPRP.
11. CENTRO LATINOAMERICANO Y CARIBEÑO DE DEMOGRAFÍA: CELADE. DIVISIÓN DE POBLACIÓN DE LA CEPAL “Las personas mayores en América Latina y El Caribe: Diagnóstico sobre la situación y las políticas”. Santiago de Chile. 2003
12. CENTRO LATINOAMERICANO Y CARIBEÑO DE DEMOGRAFÍA (CELADE): Comisión económica para Latinoamérica y el Caribe. “Notas de población”. 1º edición. 2005.
13. COTRINA CISNEROS EVELYN, MERA CACHAY MIREILLE. “Diferencias en las actitudes, hábitos, habilidades, método, ambiente de estudio y el modo de preparar y realizar las evaluaciones entre los alumnos con alto y bajo rendimiento académico del quinto año de educación secundaria de la institución educativa Liceo Trujillo de la ciudad de Trujillo” Universidad Cesar Vallejo. 2007.
14. CRANO WILLIAM D. “Interés personal, actitudes simbólicas y consistencia actitud-conducta”. Universidad de Arizona. En: Revista Psicología Política. Número 8. 1994.
15. CUADROS VALER NESTOR ALEJANDRO. “Actitudes de Enfermeros asistenciales que trabajan en forma permanente y eventual con el anciano en las instituciones de salud de Lima Metropolitana hacia el envejecimiento”. Tesis para optar el grado de Licenciado. Perú. 1989.
16. DILTS ROBERT. “El poder de la palabra – PNL”. Editorial Urano. 2003.
17. DORANTES-MENDOZA GUADALUPE; ÁVILA-FUNES JOSÉ ALBERTO; MEJÍA-ARANGO SILVIA; GUTIÉRREZ-ROBLEDO LUIS

- MIGUEL. "Factores asociados con la dependencia funcional en los adultos mayores: un análisis secundario del Estudio Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México". 2001. En: Revista Panamericana de Salud Pública. Volumen 22. Número 1. Julio 2007
18. DUGAS. "Tratado de enfermería práctica". Editorial Interamericana McGraw Hill. México. 2000
19. ENGLER TOMÁS. "Envejecimiento poblacional – Oportunidad por un nuevo contrato social". En: Revista Envejeceres. 2004.
20. ENGLER TOMÁS. "Más vale por viejo". Banco Interamericano de Desarrollo. 2004.
21. EYSENCK G., D.W. "Texto de Psicología Humana". Editorial El Manual Moderno. México/Argentina. 1980.
22. FERNÁNDEZ GUERRA NATALIA. "Ética de la atención geriátrica y envejecimiento poblacional cubano". En: Acta Médica. Volumen 10. 2002
23. FLORES COLOMBINO A. "Sexualidad en el adulto mayor". Lumen Humanitas Editores. Argentina. 1997.
24. GARCÍA CORREA RUBÍ INÉS. "Actitud de las enfermeras hacia el cuidado integral del paciente con esquizofrenia. Hospital Hermilio Valdizan". 2006.
25. GIRALDO MOLINA CLARA INÉS. "Importancia de los escenarios de aprendizaje en la formación de profesionales de enfermería". En: Revista Investigación y Educación en Enfermería (IEE). Volumen 21. Número 2. Setiembre. 2003
26. GONZÁLEZ CÉSAR, HAM-CHANDE ROBERTO. "Funcionalidad y salud: una tipología del envejecimiento en México". Revista Salud Pública de México. Volumen 49 suplemento 4. México. Cuernavaca. 2007

27. INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA. “Censos Nacionales 2007: IX de Población y VI de Vivienda. Perfil sociodemográfico del Perú”. 2º edición. Perú. Agosto. 2008.
28. INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA. “Perfil del Adulto Mayor. INTRA-II. Desarrollando respuestas integradas de los Sistemas de Cuidados de la Salud para una población en rápido envejecimiento”. Perú. 2004
29. INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA (INEI), PROGRAMA DE LUCHA CONTRA LA POBREZA EN LAS ZONAS URBANO MARGINALES DE LIMA METROPOLITANA (PROPOLI). “Perfil Socio - Demográfico del distrito de Lurín”. 2006.
30. KRERH DAVID. “Psicología social”. Editorial Trillas. 3º edición. México- 1987
31. LANGE I., REYES A., ZAVALA M., ARECHAVALA C. “Formación de los Estudiantes de Pregrado en Enfermería Gerontológica en Chile”. En: Libro de Resumen del Primer Congreso Iberoamericano de Enfermería Geronto-geriátrica. Logroño. España. 2000.
32. LEHR URSULA. “Psicología de la Senectud”. Editorial Herder. Barcelona. 1980.
33. LINOGRIN HENRY. “Introducción a la Psicología Social”. Editorial Interamericana. México. 1984.
34. LUNA LEONOR. “¿Cuidar al anciano o promover el cuidado de sí mismo? Cada anciano tiene su propia historia...”. En: Grupo del Cuidado. Universidad Nacional de Colombia.
35. MAGALLÁN GALOC SATURNINO. “Actitudes de los Enfermeros asistenciales que trabajan en dos hospitales de Lima Metropolitana hacia el paciente anciano y la atención de enfermería”. Tesis para optar el grado de Licenciado. Lima. Perú. 1988.

36. MILLAR/KEANE. “Diccionario de Enfermería”. Editorial Pearson. 5º edición. 1992.
37. MINISTERIO DE LA MUJER Y DESARROLLO SOCIAL. “60 Años y Más”. Volumen 7. Número 1. Perú. Agosto 2008.
38. MINISTERIO DE LA MUJER Y DESARROLLO SOCIAL. “El maltrato en las Personas Adultas Mayores”. En: Revista “60 años y más”. Volumen 4. Número 1. Perú. 2003.
39. MINISTERIO DE LA MUJER Y DESARROLLO SOCIAL. “Informe PAIS. Avances y Desafíos en la aplicación y seguimiento de la Estrategia Nacional para América Latina y El Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre Envejecimiento”. 1º edición. Perú. 2007.
40. MINISTERIO DE LA MUJER Y DESARROLLO SOCIAL. DIRECCIÓN DE PERSONAS ADULTAS MAYORES. “Plan Nacional para las Personas Adultas Mayores 2006-2010”. 2º edición. Perú. 2008.
41. MINISTERIO DE LA MUJER Y DESARROLLO SOCIAL. “Plan Nacional para las Personas Adultas Mayores 2002-2006: Marco Nacional e Internacional”. Perú. 2004.
42. MINISTERIO DE LA MUJER Y DESARROLLO SOCIAL. “Reglamento de organización y funciones del Ministerio de la Mujer y Desarrollo social”. Perú.
43. MINISTERIO DE LA MUJER Y DESARROLLO SOCIAL. “Violencia familiar en las personas adultas mayores en el Perú”. Perú. 2005
44. MINISTERIO DE LA MUJER Y DESARROLLO SOCIAL. Dirección General de personas adultas mayores. “Situación actual de las personas adultas mayores”. Perú. 2002.
45. MINISTERIO DE SALUD. “Guía técnica para el llenado de la Historia Clínica de Atención Integral de Salud del Adulto Mayor”. 2006

46. MINISTERIO DE SALUD. "Lineamientos para la Atención Integral de Salud de las Personas Adultas Mayores". 2005.
47. MINISTERIO DE SALUD. NTS N° 043: "Norma técnica de Salud para la Atención Integral de Salud de las Personas Adultas Mayores". 2006.
48. MINISTERIO DE SALUD / MINISTERIO DE LA MUJER Y DESARROLLO SOCIAL / ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Red de Municipios y Comunidades Saludables. "Políticas saludables para adultos mayores en los municipios". 2004.
49. MOSBY. "Diccionario médico Mosby". 3° edición. España. 2000
50. MUNICIPALIDAD DE POSADAS. "Identidad social de los adultos mayores en la ciudad de Posadas. Contribución de los ciudadanos Paraguayos". Paraguay.
51. NEWCOMB THEODORE. "Manual de Psicología social". Editorial Universitaria. 7º edición. Argentina. Buenos aires. 1981.
52. OROZCO MARES IMELDA Y RODRÍGUEZ MÁRQUEZ DOMINGO DAVID. "Prejuicios y actitudes hacia la sexualidad en la vejez". En: Revista Psicología y Ciencia y Social. Año/volumen 8. Número 001. 2006.
53. ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS. "Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento". España. 2002.
54. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. "La Atención del anciano: desafío para los años noventa". 1994.
55. PALACIOS VALVERDE DAVID. "Violencia contra las personas adultas mayores en el Perú". Editorial Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 1999.
56. PAPALIA Y WENDKOS. "Psicología". Editorial Interamericana Mc Graw Hill. 1992

57. PATHFINDER INTERNATIONAL. "Atención integral orientada a las necesidades de las personas: Plan Regional de Salud Concertado". 2004
58. PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CHILE. "El Buen Envejecer: Gerontología". Texto 1. 4° edición. 2006.
59. PUGA DOLORES, ROSERO-BIXBY LUIS, GLASER KAREN, CASTRO TERESA. "Red social y salud del adulto mayor en perspectiva comparada: Costa Rica, España e Inglaterra". En: Revista de Mesoamérica. Volumen 5. Número 1. Artículo 1. Julio – Diciembre. 2007.
60. PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CHILE. "El Buen Envejecer: Gerontología". Texto 2. 4° edición. 2006.
61. REVISTA DECISIO: EDUCACIÓN DE ADULTOS MAYORES. "Envejecimiento". Número 15. Setiembre – Diciembre 2006.
62. REMUZGO ARTEZANO ANIKA. "Nivel de satisfacción del Adulto Mayor respecto a los cuidados que recibe de las enfermeras(os) en el Servicio de Geriátrica del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen 2001-2002". 2002
63. REYES ALICIA. "Formación e investigación en Enfermería Gerontogeriátrica en Chile". En: Boletín de la Escuela de Medicina. Volumen 29. Número 1-2. Universidad Católica de Chile. 2000.
64. RODRÍGUEZ SÁNCHEZ J. "Trastorno de identidad, factor común en los alumnos problema de bachillerato". Puebla. 1989.
65. SALLERAS SANMARTÍ LLUIS. "La salud y sus determinantes". En: Salleras Sanmartí L. Educación Sanitaria: principios, métodos y aplicaciones. Madrid. 1985.
66. SÁNCHEZ SALGADO CARMEN DELIA. "Gerontología Social". 1° edición. Argentina. 2000.



67. SANTOS LEÓN ELMER ENRIQUE. "Actitudes de los estudiantes de enfermería de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos hacia la sexualidad en ancianos". Tesis para optar el grado de Licenciado. 1992
68. VILLAR POSADA FELICIANO. "Construcción y evaluación en diferentes cohortes del DSE (Diferencial Semántico del envejecimiento)". 1997. En: Anales de Psicología. Año/volumen 13. Número 001. España.
69. WALKER ALAN. "Actitudes hacia el envejecimiento de la población en Europa". 1999.
70. WHITTAKER JAMES, SANDRA J. "Psicología". 4ª edición. Editorial Interamericana S.A. México. 1986.
71. WHITHAKER. "Psicología". Editorial Interamericana. México. 1970
72. YOUNG K. et al. "Psicología de las actitudes". Editorial Paidós. Buenos Aires, Argentina. 1967.
73. ZAVALA G. MERCEDES, et al. "Funcionamiento Social Del Adulto Mayor". En Revista Ciencia y Enfermería. Volumen 12. Número 2. Concepción. 2006. pp 53-62.
74. ZAVALA M. "Formación del estudiante de pregrado en enfermería en gerontología en Chile". 1994.

# **ANEXOS**

## INDICE DE ANEXOS

	<b>Pág.</b>
<b>Anexo A:</b> Cálculo del tamaño de muestra	I
<b>Anexo B:</b> Instrumento de recolección de datos	III
<b>Anexo C:</b> Operacionalización de variables	VI
<b>Anexo D:</b> Grado de concordancia de opinión de juicio de expertos	IX
<b>Anexo E:</b> Validez Interna del instrumento	X
<b>Anexo F:</b> Confiabilidad del instrumento	XII
<b>Anexo G:</b> Libro de códigos	XIV
<b>Anexo H:</b> Procedimiento de medición de la variable	XVI
<b>Anexo I:</b> Categorización de la variable	XVII
<b>Anexo J:</b> Cuadro N° 9. “Sexo de los estudiantes de Enfermería de la UNMSM”. Setiembre – Octubre.2008	XXII
<b>Anexo K:</b> Cuadro N° 10. “Edad de los estudiantes de Enfermería de la UNMSM”. Setiembre – Octubre.2008	XXII
<b>Anexo L:</b> Cuadro N° 11. “Corresidencia de los estudiantes de Enfermería de la UNMSM con una persona adulta mayor”. Setiembre – Octubre. 2008	XXIII
<b>Anexo M:</b> Cuadro N° 12. “Estado de salud de las personas adultas mayores que cohabitaron con los estudiantes de Enfermería de la UNMSM. Setiembre - Octubre. 2008	XXIII
<b>Anexo N:</b> Cuadro N° 13. “Frecuencia con la que los estudiantes de Enfermería de la UNMSM acuden a una casa de reposo”. Setiembre – Octubre.2008	XXIV
<b>Anexo O:</b> Cuadro N° 14. “Experiencias de los estudiantes de Enfermería de la UNMSM con personas adultas mayores”. Setiembre–Octubre.2008	XXIV
<b>Anexo P:</b> Cuadro N° 15. Promedios parciales obtenidos en los ítems de la dimensión biológica del envejecimiento, según años de estudio. 2008	XXV
<b>Anexo Q:</b> Cuadro N° 16. Promedios parciales obtenidos en los ítems de la dimensión psicológica del envejecimiento, según años de estudio. 2008	XXVI
<b>Anexo R:</b> Cuadro N° 17. Promedios parciales obtenidos en los ítems de la dimensión social del envejecimiento, según años de estudio. 2008	XXVIII

## ANEXO A

### CÁLCULO DEL TAMAÑO DE MUESTRA

Para hallar el tamaño de la muestra se aplicaron las siguientes fórmulas:

- Para el cálculo de la muestra para variables cualitativas:

$$n_1 = \frac{Z^2 p q}{e^2}$$

- Para el reajuste del tamaño de muestra:

$$n = \frac{n_1}{1 + \frac{n_1}{N}}$$

Las fórmulas anteriores se resumen en:

$$n = \frac{Z^2 p \cdot q \cdot N}{(N-1)E^2 + Z^2 p \cdot q}$$

En donde:

n: Tamaño de la muestra

Z: Nivel de confianza del 99% equivalente a 2,58

p: proporción de aceptación de los estudiantes de enfermería hacia el Envejecimiento obtenido durante la prueba piloto.

q: proporción de indiferencia y rechazo de los estudiantes de enfermería hacia el Envejecimiento obtenido durante la prueba piloto.

N: Tamaño de la población.

E: Margen de error permisible. Se tomó en cuenta un error del 5%.

Reemplazando: 
$$n = \frac{(2,58)^2 \cdot (0,23) \cdot (0,77) \cdot 353}{352(0,05)^2 + (2,58)^2(0,23)(0,77)}$$

$$n = \frac{353 (6,6564)(0,23)(0,77)}{352(0,05)^2 + (6,6564)(0,23)(0,77)}$$

$$n = \frac{416,13349932}{352(0,0025) + (6,6564)(0,23)(0,77)}$$

$$n = \frac{416,13349932}{(0,88) + (1,17884844)}$$

$$n = \frac{416,13349932}{2,05884844}$$

$$n = 202,1195399$$

$$n = 202$$

Usando el tipo de muestreo estratificado:

<b>Año de estudio</b>	<b>Población (estudiantes)</b>	<b>Proporción de la población</b>	<b>Muestra calculada</b>	<b>Tamaño de muestra</b>
Primero	74	0,2096	42,3392	42
Segundo	69	0,1955	39,491	40
Tercero	75	0,2125	42,925	43
Cuarto	68	0,1926	38,9052	39
Quinto	67	0,1898	38,3396	38
	353	1,00	202	202

## ANEXO B: INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS



UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS  
FACULTAD DE MEDICINA  
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

### INSTRUMENTO PARA MEDIR “ACTITUDES HACIA EL ENVEJECIMIENTO DE LOS ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA DE LA UNMSM SEGÚN AÑOS DE ESTUDIOS. 2008”

#### I. PRESENTACIÓN:

Buenos días (tardes), mi nombre es Helen Marin Samanez, soy alumna del quinto año de la Escuela Académico Profesional de Enfermería de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos (UNMSM). Estoy realizando un trabajo de investigación que tiene como objetivo determinar las actitudes que hacia el envejecimiento tienen los estudiantes de enfermería de la UNMSM según años de estudio.

Estos resultados servirán a la E.A.P de Enfermería para planificar y desarrollar actividades que permitan el cambio de actitudes negativas a positivas y/o reforzar estas últimas, garantizando experiencias de aprendizaje positivas que refuercen la disposición favorable del estudiante de enfermería hacia la persona adulta mayor y por extensión, a su cuidado.

Habiéndole explicado esto, le solicito acepte participar en la investigación respondiendo con sinceridad y veracidad el cuestionario. Tenga la seguridad que la información brindada será de carácter anónimo; se garantiza la confidencialidad.

#### II. INSTRUCCIONES:

El instrumento consta de dos partes:

Las interrogantes a las preguntas del apartado datos generales, deben ser resueltas marcando con una aspa o respondiendo brevemente según lo solicitado.

A continuación se le presentarán afirmaciones, cada una de ellas acompañada de 5 alternativas de respuesta. Se recomienda leerlas cuidadosamente y marcar una X en uno de los casilleros de la columna de la izquierda, según sea su respuesta.

TA: Totalmente de acuerdo

A: De acuerdo

I: Indeciso

D: Desacuerdo

TD: Totalmente en desacuerdo.

Ejm:

AFIRMACIONES	TA	A	I	D	TD
1. Considero que la inteligencia de una persona se reduce con la edad.		X			

➤ La respuesta significa que el estudiante está de acuerdo en que la inteligencia de una persona se reduce con la edad.

#### III. CONTENIDO PROPIAMENTE DICHO:

##### A. DATOS GENERALES:

Sexo: a. Femenino b. Masculino	Edad: ..... años	Año de estudios: a. Primer año b. Segundo año c. Tercer año d. Cuarto año e. Quinto año
--------------------------------------	---------------------	--

¿Vive con una persona adulta mayor? a) Si                                      b) No	¿Ha vivido alguna vez con una persona adulta mayor? a) Si                                      b) No
Si su respuesta fue si en cualquiera de las dos preguntas anteriores. El adulto mayor está/estaba: a) Aparentemente sano b) Enfermo...	¿Ha visitado alguna vez una casa de reposo de personas adultas mayores? a) Siempre b) Algunas veces c) Nunca
¿Cómo calificaría la mayoría de sus experiencias con personas adultas mayores? a) Positiva b) Negativas Mencione brevemente el porqué..... .....	

## B. LISTA DE ITEMS

AFIRMACIONES	Total mente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso	Desacuerdo	Total mente en desacuerdo
1. No me preocupan los sentimientos de soledad en un adulto mayor porque son comunes en la vejez.					
2. No quisiera sostener una conversación con una persona adulta mayor, porque me incomodaría su lentitud.					
3. Es correcto afirmar que toda persona adulta mayor debe sentarse en una mecedora a esperar la muerte.					
4. Es normal, que con el paso del tiempo el adulto mayor no le interese desempeñar roles importantes dentro de la sociedad.					
5. No hay mejor lugar para un adulto mayor que un asilo o una casa de reposo, ya que así la familia está en paz y el adulto mayor comparte momentos con sus contemporáneos.					
6. El adulto mayor es incapaz de tomar decisiones o de opinar sin previa consulta a su familiar.					
7. Si conversara con un adulto mayor, escucharía atentamente sus historias y anécdotas de su vida porque así obtendría un consejo y ejemplo de vida.					
8. No me gustaría envejecer porque llenaría de canas y arrugas.					
9. No me desagradaría ayudar a un adulto mayor, para realizar algún tipo de actividad que no pueda hacer solo.					
10. Pienso que la vejez es igual a un estado de dependencia y decrepitud.					
11. Cuando converso con un adulto mayor percibo que sus sentimientos de soledad se relacionan a las pérdidas económicas, afectivas y sociales que va atravesando.					
12. Un adulto mayor debe vivir en la parte más silenciosa y alejada de una casa pues necesita reflexionar, pensar y vivir en completa paz y tranquilidad los últimos años de su vida.					
13. Considero que un adulto mayor no se siente "el mismo" pues todo lo que lo había identificado en su vida va cambiando.					
14. Las personas de edad son una carga económica para la sociedad.					
15. Pienso que los adultos mayores tienen derecho al amor y a tener actividad sexual.					
16. Los adultos mayores no pueden hacer nada por sí solos					
17. Puedo afirmar, que los adultos mayores aprenden de diferente forma, ritmo y con uso de otros recursos.					
18. Las generaciones más jóvenes deben respaldar y propiciar la participación de los adultos mayores en la sociedad.					

AFIRMACIONES	Total men- te de acuer- do	De acuer- do	Inde- ciso	Desac- uerdo	Total mente en desac- uerdo
19. Es una pérdida de tiempo tratar de ayudar a un adulto mayor que tiene una actitud negativa hacia la vida.					
20. Las personas adultas mayores deben anotar todo para recordarlo.					
21. El adulto mayor se deprime debido a la negación de los cambios producidos por el envejecimiento, por el abandono social y por la pérdida de amigos, cónyuge y de roles sociales.					
22. Me agradaría escuchar que los familiares de un adulto mayor lo protegen y lo hacen sentir parte de la familia.					
23. La vejez significa tener tranquilidad por eso el adulto mayor necesita estar más tiempo solo.					
24. Pienso que un adulto debe permanecer en casa y sólo encargarse de los nietos.					
25. Considero importante que una persona debe ser admirada en relación a su experiencia.					
26. Considero que el adulto mayor que vive solo, es muy renegón y terco.					
27. Considero que la interrelación entre un adulto mayor con sus pares o familiares, mejoran su estado de ánimo y bienestar.					
28. El envejecimiento no debe determinarse por el tiempo cronológico.					
29. Es normal que un adulto mayor se sienta solo aunque viva con sus familiares porque ellos no le permiten ayudar en las labores domésticas o porque no se sientan a conversar con ellos.					
30. Las personas adultas mayores son temerosas a la discriminación y al maltrato de la sociedad.					
31. Todas las personas adultas mayores tienen problemas de memoria y de inteligencia.					
32. Es injusto que la sociedad le atribuya un rol pasivo a un adulto mayor, aún independiente, y no le permita alcanzar metas que antes no había podido realizar.					
33. Es indiscutible que los adultos mayores siempre están enfermos.					
34. Es comprensible que un adulto mayor tenga algún grado de dependencia en la realización de sus actividades de la vida diaria (vestido, higiene, traslado al servicio, continencia, alimentación).					
35. Es injusto que la sociedad retribuya años de esfuerzo, trabajo y productividad con bajas pensiones durante la vejez.					
36. No me esforzaría en hacer que un adulto mayor recupere el interés por sentirse parte de la sociedad.					
37. Es inútil que un adulto mayor trate de enseñar algo a un joven, pues su experiencia pasada no esta acorde a la realidad actual.					
38. Es verdad que muchos adultos mayores son autosuficientes e independientes					
39. Considero que toda persona mayor de 60 años forma parte de la población "pasiva e improductiva".					
40. Es mejor que el adulto mayor esté solo para meditar más sobre su vida.					

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN



**ANEXO C**  
**OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE**

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	SUBDIMENSIONES	INDICADORES	DEFINICION OPERACIONAL DE VARIABLES	VALOR FINAL
Actitudes hacia el envejecimiento de los estudiantes de enfermería de la UNMSM	Es el patrón de enfoques mentales adquiridos y organizados, fundamentalmente afectivos, que tienen los estudiantes de enfermería hacia el envejecimiento y que inciden en el individuo, en su	<b><u>Envejecimiento biológico:</u></b> Cambios físicos y fisiológicos que causan un efecto negativo en el funcionamiento físico.	Cambios biológicos          Cambios funcionales	Cambios en la apariencia física  Cambios corporales  Tendencia a la enfermedad   Declinación funcional	Predisposición de aceptación, indiferencia o rechazo que los estudiantes de enfermería de la UNMSM hacia el envejecimiento en sus dimensiones física,	<b>PARA LA DIRECCION:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aceptación</li> <li>• Indiferencia</li> <li>• Rechazo</li> </ul> <b>PARA LA INTENSIDAD:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fuerte</li> <li>• Moderada</li> <li>• Leve</li> </ul>

	disposición de aceptación, indiferencia o rechazo a una persona adulta mayor.	<b><u>Envejecimiento psicológico:</u></b> Cambios en los procesos sensoriales y de funcionamiento mental (memoria, aprendizaje, inteligencia, etc), la personalidad, etc.	Cambios en las funciones psíquicas	Alteración en la habilidades cognitivas	psicológica y social, obtenida a través de un cuestionario aplicando una escala lickert modificada.
			Cambios en la personalidad	Dependencia	
			Reacciones psicológicas	Sentimientos de soledad	
		<b><u>Envejecimiento social:</u></b> Cambios en los hábitos sociales, papeles y roles sociales y	Tendencia al aislamiento social	Cambios en las redes y contactos sociales	

		relaciones en el ámbito social.	<p>Tendencia a la marginación social</p> <p>Pérdida de estatus social</p>	<p>Hostilidad familiar y social.</p> <p>Cambios en la identidad personal.</p> <p>Cambios en la identidad social.</p> <p>Cambios en los roles sociales.</p> <p>Pérdida de prestigio.</p>		
--	--	---------------------------------	---	---	--	--

**ANEXO D: GRADO DE CONCORDANCIA DE LA OPINIÓN  
DE JUICIO DE EXPERTOS**

ITEMS	JUECES								p
	1	2	3	4	5	6	7	8	
1	1	1	1	1	1	1	1	1	0,004
2	1	1	1	0	1	1	1	1	0,035
3	1	1	1	1	1	1	1	1	0,004
4	1	1	1	1	1	1	1	1	0,004
5	1	1	0	1	1	1	1	1	0,035
6	1	1	1	1	1	1	1	1	0,004
7	1	1	1	1	1	1	1	1	0,004

Se ha considerado:

0: Si la respuesta es negativa

1: Si la respuesta es positiva.

$$p = \frac{\sum p}{7}$$

p:  $\frac{0,09}{7}$

p: 0,012857

**p: 0,01**

Si  $p < 0,05$  el grado de concordancia es significativo. Los resultados obtenidos por cada juez son menores de 0,05, por lo tanto el grado de concordancia es significativo.

**ANEXO E**  
**VALIDEZ INTERNA DEL INSTRUMENTO**

VALIDEZ INTERNA TOTAL (Correlación de Pearson)

	Correlación corregida Item-total	Alfa de Cronbach si el item fuese eliminado
Item1	0.361	0.919
Item2	0.248	0.920
Item3	0.511	0.918
Item4	0.225	0.920
Item5	0.429	0.919
Item6	0.300	0.919
Item7	0.442	0.919
Item8	0.347	0.919
Item9	0.245	0.920
Item10	0.631	0.918
Item11	0.665	0.917
Item12	0.528	0.918
Item13	0.514	0.918
Item14	0.511	0.918
Item15	0.468	0.918
Item16	0.460	0.918
Item17	0.303	0.919
Item18	0.314	0.919
Item19	0.287	0.920
Item20	0.420	0.919

	Correlación corregida Item-total	Alfa de Cronbach si el item fuese eliminado
Item21	0.294	0.920
Item22	0.387	0.919
Item23	0.268	0.920
Item24	0.454	0.918
Item25	0.276	0.920
Item26	0.599	0.918
Item27	0.531	0.918
Item28	0.410	0.919
Item29	0.575	0.918
Item30	0.612	0.918
Item31	0.478	0.918
Item32	0.232	0.920
Item33	0.238	0.920
Item34	0.313	0.919
Item35	0.273	0.920
Item36	0.559	0.918
Item37	0.498	0.918
Item38	0.417	0.919
Item39	0.433	0.919
Item40	0.351	0.919

**ANEXO F**  
**CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO**

**CONFIABILIDAD DE LAS PREGUNTAS TOTAL**

Para determinar la confiabilidad del instrumento se procedió a realizar la prueba piloto con 30 estudiantes y se midió con el coeficiente de confiabilidad de Alpha de Cronbach, cuya fórmula es

$$\alpha = \frac{K}{K-1} \left( 1 - \frac{\sum S_i^2}{S_T^2} \right)$$

Donde

K: Número de ítems

$S_i^2$ : varianza muestral de cada ítems

$S_T^2$ : varianza del total de puntaje de los ítems

**Reliability Statistics**

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	Number of Items
0.920	0.923	84

La confiabilidad interna de la escala con 84 preguntas, obtenida con el programa SPSS fue alta (alfa=0.92).

### **CONFIABILIDAD DE LOS ITEMS POSITIVOS**

#### **Reliability Statistics**

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	Number of Items
0.862	0.866	42

### **CONFIABILIDAD DE LOS ITEMS NEGATIVOS**

#### **Reliability Statistics**

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	Number of Items
0.832	0.838	42



**ANEXO G**  
**LIBRO DE CÓDIGOS**

**A. DATOS GENERALES**

1. Sexo:

Femenino (1)

Masculino (2)

2. Edad:

16-20 años (1)

21-25 años (2)

25 años a más (3)

3. Corresidencia actual o pasada de los estudiantes de enfermería con personas adultas mayores

Actual (1)

Pasada (2)

Nunca (3)

4. Estado de salud / Condición de la persona adulta mayor con el que cohabita o cohabitaba.

Aparentemente sano (1)

Enfermo (2)

5. Frecuencia de visita de los estudiantes de enfermería a una casa de reposo.

Siempre (1)

Algunas veces (2)

Nunca (3)

6. Experiencias con personas adultas mayores referidas por los estudiantes de enfermería.

Positivas (1)

Negativas (2)

## **B. DATOS ESPECÍFICOS**

Total de ítems: 40

Puntuación de los ítems:

	TA	A	I	D	TD
Ítems positivos	5	4	3	2	1
Ítems negativos	1	2	3	4	5

### **Ítems por dimensiones:**

Dimensión biológica: 8, 9, 15, 16, 28, 33, 34

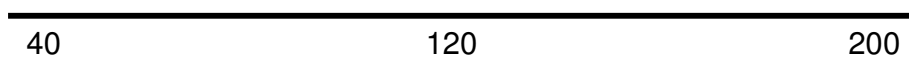
Dimensión psicológica: 1, 2, 6, 10, 11, 17, 20, 21, 29, 31, 38, 40

Dimensión social: 3, 4, 5, 7, 12, 13, 14, 18, 19, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 30, 32, 35, 36, 37, 39

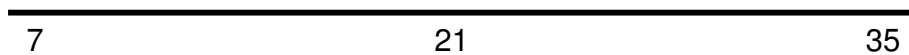
## ANEXO H

### PROCEDIMIENTO DE MEDICIÓN DE LA DIRECCIÓN DE LA VARIABLE

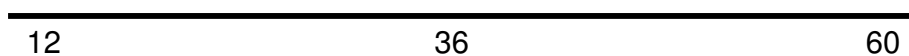
Para hallar la dirección de la variable Global se procedió de la siguiente forma:



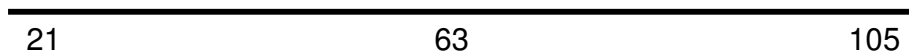
Para hallar la dirección de la dimensión Envejecimiento Biológico:



Para hallar la dirección de la dimensión Envejecimiento Psicológico:



Para hallar la dirección de la dimensión Envejecimiento Social:



## ANEXO I

### CATEGORIZACIÓN DE LA VARIABLE ACTITUD

Para la clasificación de las actitudes de los estudiantes de enfermería hacia el envejecimiento en 3 categorías (aceptación, indiferencia y rechazo) se utilizó la comparación cualitativa a través de la campana de Gauss, usando la constante de 0,75 a través del siguiente procedimiento:

- Para la desviación estándar:

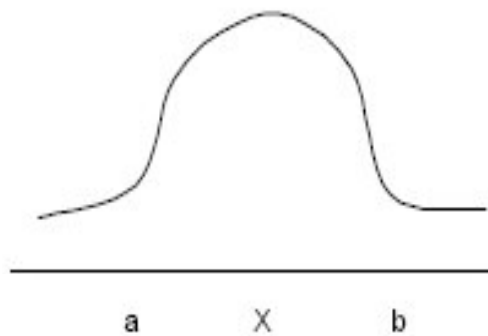
$$DS = \sqrt{\frac{\sum x^2 \left[ \frac{\sum x^2}{n} \right]}{n-1}}$$

Para realizar la medición de la variable Actitud se procedió de la siguiente forma:

Promedio (x): 167,604

Desviación estándar (s): 15,80451

Número de ítems: 40



Luego se aplicó la Escala de Estadones donde:

$$a = x - (0,75) s$$

$$167,604 - (0,75) (15,80451) = 155,7506175$$

156

$$b = x + (0,75) s$$

$$167,604 + (0,75) (15,80451) = 179,4573825$$

179

A cada rango hallado (rechazo, indiferencia, aceptación), se le aplicó nuevamente la fórmula de Statones para asignar rangos por niveles. Finalmente se asignan los siguientes valores:

Rechazo:	121-156	Rechazo fuerte:	121-143
		Rechazo moderada:	144-154
		Rechazo leve:	155-156
Indiferencia:	157-179	Indiferencia fuerte:	157-162
		Indiferencia moderada:	163-171
		Indiferencia leve:	172-179
Aceptación:	180-200	Aceptación leve:	180-185
		Aceptación moderada:	186-194
		Aceptación fuerte:	195-200

De la misma forma, se estableció la categorización de la variable según dimensiones:

### **A. ENVEJECIMIENTO BIOLÓGICO**

Promedio (x): 28,8713

Desviación estándar (s): 3,51589

Número de ítems: 7

Luego se aplicó la Escala de Estatones donde:

$$a = x - (0,75) s$$

$$28,8713 - (0,75) (3,51589) = 26,2343825$$

26

$$b = x + (0,75) s$$

$$28,8713 + (0,75) (3,51589) = 31,5082175$$

32

A cada rango hallado (rechazo, indiferencia, aceptación), se le aplicó nuevamente la fórmula de Statones para asignar rangos por niveles.

Finalmente se asignan los siguientes valores:

Rechazo:	18-26	Rechazo fuerte:	18-23
		Rechazo moderada:	24-25
		Rechazo leve:	26
Indiferencia:	27-32	Indiferencia fuerte:	27-28
		Indiferencia moderada:	29-30
		Indiferencia leve:	31-32
Aceptación:	33-35	Aceptación leve:	33
		Aceptación moderada:	34
		Aceptación fuerte:	35

## B. ENVEJECIMIENTO PSICOLÓGICO

Promedio (x): 49,6436

Desviación estándar (s): 5,4061

Número de ítems: 12

Luego se aplicó la Escala de Estatones donde:

$$a = x - (0,75) s$$

$$49,6436 - (0,75) (5,4061) = 45,589025$$

46

$$b = x + (0,75) s$$

$$49,6436 + (0,75) (5,4061) = 53,698175$$

54

A cada rango hallado (rechazo, indiferencia, aceptación), se le aplicó nuevamente la fórmula de Statones para asignar rangos por niveles. Finalmente se asignan los siguientes valores:

Rechazo: 36-46

Rechazo fuerte: 36-42

Rechazo moderada: 43-45

Rechazo leve: 46

Indiferencia: 47-54

Indiferencia fuerte: 47-48

Indiferencia moderada: 49-52

Indiferencia leve: 53-54

Aceptación: 55-60

Aceptación leve: 55-56

Aceptación moderada: 57-59

Aceptación fuerte: 60

### C. ENVEJECIMIENTO SOCIAL

Promedio (x): 89,08911

Desviación estándar (s): 8,183953

Número de ítems: 21

Luego se aplicó la Escala de Estatones donde:

$$a = x - (0,75) s$$

$$89,08911 - (0,75) (8,183953) = 82,95114525$$

83

$$b = x + (0,75) s$$

$$89,08911 + (0,75) (8,183953) = 95,22707475$$

95

A cada rango hallado (rechazo, indiferencia, aceptación), se le aplicó nuevamente la fórmula de Statones para asignar rangos por niveles.

Finalmente se asignan los siguientes valores:

Rechazo:	67-83	Rechazo fuerte:	67-76
		Rechazo moderada:	77-82
		Rechazo leve:	83
Indiferencia:	84-95	Indiferencia fuerte:	84-86
		Indiferencia moderada:	87-91
		Indiferencia leve:	92-95
Aceptación:	96-105	Aceptación leve:	96-98
		Aceptación moderada:	99-102
		Aceptación fuerte:	103-105



**ANEXO J**  
**CUADRO N° 9**  
**SEXO DE LOS ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA DE LA UNMSM**  
**SETIEMBRE - OCTUBRE**  
**2008**

	ESTUDIANTES	
SEXO	Nº	%
Femenino	185	91,59
Masculino	17	8,41
Total	202	100,00

Fuente: Encuesta realizada a los estudiantes de Enfermería de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 2008

**ANEXO K**  
**CUADRO N° 10**  
**EDAD DE LOS ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA DE LA UNMSM**  
**SETIEMBRE - OCTUBRE**  
**2008**

	ESTUDIANTES	
EDAD	Nº	%
16-20 años	93	46,04
21-25 años	100	49,50
26 años a más	9	4,46
Total	202	100,00

Fuente: Encuesta realizada a los estudiantes de Enfermería de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 2008

**ANEXO L**  
**CUADRO Nº 11**  
**CORRESIDENCIA DE LOS ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA DE LA**  
**UNMSM CON UNA PERSONA ADULTA MAYOR**  
**SETIEMBRE – OCTUBRE. 2008**

CORRESIDENCIA CON ADULTO MAYOR	ESTUDIANTES	
	Nº	%
Actual	128	63,37
Pasada	39	19,31
Nunca	35	17,33
Total	202	100,00

Fuente: Encuesta realizada a los estudiantes de Enfermería de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 2008

**ANEXO M**  
**CUADRO Nº 12**  
**ESTADO DE SALUD DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES**  
**QUE CORRESIDIERON CON LOS ESTUDIANTES**  
**DE ENFERMERÍA DE LA UNMSM**  
**SETIEMBRE – OCTUBRE. 2008**

ESTADO DE SALUD DEL ADULTO MAYOR	ESTUDIANTES	
	Nº	%
Sano o aparentemente sano	103	61,68
Enfermo	64	38,32
Total	167	100,00

Fuente: Encuesta realizada a los estudiantes de Enfermería de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 2008

**ANEXO N**  
**CUADRO N° 13**  
**FRECUENCIA CON LA QUE LOS ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA**  
**DE LA UNMSM ACUDEN A UNA CASA DE REPOSO**  
**SETIEMBRE – OCTUBRE**  
**2008**

FRECUENCIA CON LA QUE ACUDEN	ESTUDIANTES	
	Nº	%
Siempre	0	0,00
Algunas veces	17	8,42
Nunca	185	91,58
Total	202	100,00

Fuente: Encuesta realizada a los estudiantes de Enfermería de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 2008

**ANEXO O**  
**CUADRO N° 14**  
**EXPERIENCIAS DE LOS ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA**  
**DE LA UNMSM CON PERSONAS ADULTAS MAYORES**  
**SETIEMBRE - OCTUBRE**  
**2008**

EXPERIENCIAS DE LOS ESTUDIANTES DE ENFERMERIA	ESTUDIANTES	
	Nº	%
Positivas	183	90,59
Negativas	19	9,41
Total	202	100,00

Fuente: Encuesta realizada a los estudiantes de Enfermería de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 2008

**ANEXO P**  
**CUADRO Nº 15**  
**PROMEDIOS PARCIALES OBTENIDOS EN LOS ÍTEMS DE LA**  
**DIMENSIÓN BIOLÓGICA DEL ENVEJECIMIENTO, SEGÚN**  
**AÑOS DE ESTUDIO. 2008**

I	ITEMS	AÑOS DE ESTUDIOS					TOT AL
		1º	2º	3º	4º	5º	
CAF	<i>No me gustaría envejecer porque me llenaría de canas y arrugas. (-)</i>	3.7	3.5	3.8	3.8	4.7	3.9
DF	<i>No me desagradaría ayudar a un adulto mayor para realizar algún tipo de actividad que no pueda hacer solo. (+)</i>	4.0	4.2	4.2	4.4	4.9	4.3
CC	<i>Pienso que los adultos mayores tienen derecho al amor y a tener actividad sexual. (+)</i>	3.9	3.7	4.1	4.3	4.4	4.1
DF	<i>Los adultos mayores no pueden hacer nada por sí solos. (-)</i>	4.4	4.0	4.3	4.3	4.7	4.3
CC	<i>El envejecimiento no debe determinarse por el tiempo cronológico. (+)</i>	4.0	3.9	4.0	3.8	4.8	4.1
TE	<i>Es indiscutible que los adultos mayores siempre están enfermos. (-)</i>	3.7	3.8	3.8	4.1	4.8	4.0
DF	<i>Es comprensible que un adulto mayor tengo algún grado de dependencia en la realización de sus actividades de la vida diaria (vestido, higiene, traslado al servicio, continencia, alimentación). (+)</i>	4.0	4.0	4.0	4.1	4.6	4.1

Fuente: Encuesta a los estudiantes de Enfermería de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 2008

Leyenda:

I: Indicador

Cambios biológicos

CAF: Cambios en la apariencia física

CC: Cambios corporales

TE: Tendencia a la enfermedad

Cambios funcionales

DF: Declinación funcional

(-): Ítem negativo

(+): Ítem positivo

**ANEXO Q**  
**CUADRO Nº 16**  
**PROMEDIOS PARCIALES OBTENIDOS EN LOS ITEMS DE LA**  
**DIMENSIÓN PSICOLÓGICA DEL ENVEJECIMIENTO, SEGÚN**  
**AÑO DE ESTUDIO. 2008**

I	ITEMS	AÑOS DE ESTUDIOS					TO TAL
		1º	2º	3º	4º	5º	
S	<i>No me preocupan los sentimientos de soledad en un adulto mayor porque son comunes en la vejez. (-)</i>	4.2	4.5	4.4	4.5	4.7	4.4
CG	<i>No quisiera sostener una conversación con una persona adulta mayor porque me incomoda su lentitud. (-)</i>	4.1	4.5	4.4	4.5	4.9	4.5
D	<i>El adulto mayor es incapaz de tomar decisiones o de opinar sin previa consulta de su familiar. (-)</i>	4.3	4.2	4.4	4.6	4.8	4.5
D	<i>Pienso que la vejez es igual a un estado de dependencia y decrepitud. (-)</i>	4.0	4.0	4.1	4.4	4.6	4.2
S	<i>Cuando converso con un adulto mayor percibo que sus sentimientos de soledad se relacionan a las pérdidas económicas, afectivas y sociales que va atravesando. (+)</i>	3.4	3.5	3.7	3.9	4.5	3.8
CG	<i>Puedo afirmar que los adultos mayores aprenden de diferente forma, ritmo y con uso de otros recursos. (+)</i>	3.8	4.1	4.1	4.1	4.6	4.1
CG	<i>Las personas adultas mayores deben anotar todo para recordarlo. (-)</i>	3.5	3.1	3.3	3.5	4.7	3.6
S	<i>El adulto mayor se deprime debido a la negación de los cambios producidos por el envejecimiento, por el abandono social y por la pérdida de amigos, cónyuge y de roles sociales. (+)</i>	3.9	4.0	4.0	4.1	4.8	4.2
S	<i>Es normal que un adulto mayor se sienta solo aunque viva con sus familiares porque ellos no le permiten ayudar en las labores</i>	3.7	3.9	3.8	3.7	4.7	4.0

	<i>domésticas o porque o se sientan a conversar con ellos. (+)</i>						
CG	<i>Todas las personas adultas mayores tienen problemas de memoria e inteligencia. (-)</i>	3.6	3.4	3.6	3.9	4.7	3.9
D	<i>Es verdad que muchos adultos mayores son autosuficientes e independientes. (+)</i>	3.7	4.2	3.9	4.3	4.7	4.2
S	<i>Es mejor que el adulto mayor esté solo para meditar más sobre su vida. (-)</i>	4.1	4.1	4.3	4.6	5.0	4.4

Fuente: Encuesta a los estudiantes de Enfermería de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 2008

Leyenda:

I: Indicador

Cambios en las funciones psíquicas

CG: Cambios en las habilidades cognoscitivas

Cambios en la personalidad

D: Dependencia

Reacciones psicológica

S: Soledad

(-): Ítem negativo

(+): Ítem positivo

Es necesario mencionar que el promedio que expresa la actitud de máxima aceptación es 5, de ahí que valores próximos o distantes a él indiquen mayor o menor aceptación. Para la interpretación de los promedios, se considera la naturaleza positiva o negativa del ítem. Cuanto más alto es el promedio de un ítem negativo expresa rechazo a esa afirmación y mayor acercamiento a la aceptación. En el caso de ítem positivo, mayores o menores promedios indican mayor o menor aceptación a la afirmación que expresa. Esta misma consideración se aplica para los anexos P, Q y R.

**ANEXO R**  
**CUADRO Nº 17**  
**PROMEDIOS PARCIALES OBTENIDOS EN LOS ITEMS DE LA**  
**DIMENSIÓN SOCIAL DEL ENVEJECIMIENTO, SEGÚN**  
**AÑO DE ESTUDIO. 2008**

I	ITEMS	AÑOS DE ESTUDIO					TO TAL
		1º	2º	3º	4º	5º	
CRS	<i>Es correcto afirmar que toda persona adulta mayor debe sentarse en una mecedora a esperar la muerte. (-)</i>	4.9	4.8	4.8	4.7	4.8	4.8
CIS	<i>Es normal que con el paso del tiempo, el adulto mayor no le interese desempeñar roles importantes dentro de la sociedad. (-)</i>	3.4	3.4	3.4	4.1	4.7	3.8
H	<i>No hay mejor lugar para un adulto mayor que un asilo o una casa de reposo ya que así la familia están en paz y el adulto mayor comparte momentos con sus contemporáneos. (-)</i>	4.1	4.3	4.4	4.4	4.7	4.4
PP	<i>Si conversara con un adulto mayor, escucharía atentamente sus historias y anécdotas de su vida porque así obtendría un consejo y ejemplo de vida. (+)</i>	4.3	4.0	4.5	4.2	4.7	4.3
H	<i>Un adulto mayor debe vivir en la parte más silenciosa y alejada de una casa pues necesita reflexionar, pensar y vivir en completa paz y tranquilidad los últimos años de su vida. (-)</i>	4.4	4.1	4.3	4.5	4.7	4.4
CIP	<i>Considero que un adulto mayor no se siente "el mismo" pues todo lo que lo había identificado en su vida va cambiando. (+)</i>	3.2	3.1	3.3	3.6	4.7	3.6
H	<i>Las personas adultas mayores son una carga económica para la sociedad. (-)</i>	4.3	4.3	4.2	4.4	4.6	4.4
H	<i>Las generaciones más jóvenes deben respaldar y propiciar la participación de los adultos mayores en la sociedad. (+)</i>	4.3	4.5	4.6	4.5	4.9	4.5
CIP	<i>Es una pérdida de tiempo tratar de ayudar a un adulto mayor que tiene una actitud negativa hacia la vida. (-)</i>	4.1	4.2	4.1	4.3	4.7	4.3
H	<i>Me agradaría escuchar que los familiares de un adulto mayor lo protegen y lo hacen sentir parte de la</i>	4.6	4.6	4.7	4.7	4.8	4.7

	<i>familia. (+)</i>						
CCS	<i>La vejez significa tener tranquilidad por eso el adulto mayor necesita estar más tiempo solo. (-)</i>	3.7	4.0	4.1	4.2	4.7	4.1
CRS	<i>Pienso que el adulto mayor debe permanecer en casa y sólo encargarse de los nietos. (-)</i>	3.5	3.7	3.5	3.9	4.7	3.8
PP	<i>Considero importante que una persona deba ser admirada en relación a su experiencia. (+)</i>	4.2	4.2	4.2	4.2	4.8	4.3
H	<i>Considero que el adulto mayor que vive solo, es muy renegón y terco. (-)</i>	3.4	3.3	3.4	4.2	4.7	3.8
CCS	<i>Considero que la interrelación entre un adulto mayor con sus pares o familiares, mejoran su estado de ánimo y bienestar. (+)</i>	4.4	4.6	4.5	4.5	4.9	4.6
H	<i>Las personas adultas mayores son temerosas a la discriminación y al maltrato de la sociedad. (-)</i>	3.7	4.0	3.8	3.9	4.8	4.0
CRS	<i>Es injusto que la sociedad le atribuya un rol pasivo a un adulto mayor, aún independiente, y no le permita alcanzar metas que antes no había podido realizar. (+)</i>	4.0	4.0	4.1	4.3	4.8	4.2
H	<i>Es injusto que la sociedad retribuya años de trabajo, esfuerzo y productividad con bajas pensiones durante la vejez. (+)</i>	3.6	3.9	3.8	4.1	4.7	4.0
CIS	<i>No me esforzaría en hacer que un adulto mayor recupere el interés por sentirse parte de la sociedad. (-)</i>	4.1	4.4	4.2	4.4	4.7	4.4
PP	<i>Es inútil que un adulto mayor trate de enseñar algo a un joven, pues su experiencia pasada no está acorde a la realidad actual. (-)</i>	4.2	4.2	4.2	4.5	4.7	4.4
H	<i>Considero que toda persona mayor de 60 años forma parte de la población "pasiva e improductiva". (-)</i>	4.1	4.0	4.4	4.5	4.9	4.4

Fuente: Encuesta a los estudiantes de Enfermería de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 2008

**Leyenda:**

I: Indicador

(-): Ítem negativo

(+); Ítem positivo

Tendencia al aislamiento social

CCS: Cambios en las redes y contactos sociales

Tendencia a la marginación social

H: Hostilidad familiar y social

Pérdida del estatus social

CIP: Cambios en la identidad personal

CIS: Cambios en la identidad social

PP: Pérdida de prestigio

CRS: Cambios en los roles sociales